

# 退職証明書

氏名	健保花子
生年月日	平成〇〇年〇〇月〇〇日
就労開始年月日	平成〇〇年 〇月 〇日
退職年月日	平成〇〇年 〇月 〇日
健康保険有無	有 ・ 無
(有の場合喪失年月日)	平成〇〇年 〇月 〇日
任意継続保険加入	有 ・ 無
雇用保険有無	有 ・ 無
退職金有無	有 ・ 無
(有の場合その額)	300,000 円
退職時の標準報酬月額	134,000 円

退職に伴う資格喪失の場合、喪失年月日は退職日翌日となります。

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

就労していた事業所の証明を必ずもらってください。また、退職日以降に証明された書類をご提出ください。

事業主住所 〇〇県〇〇市〇〇〇〇  
事業主 TEL 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇  
事業主名・代表者 株式会社 〇〇〇〇〇

印

印