

《 記入例は2枚目を参照 》

## 退職証明書（添付書類）

### ポイント

- ・就労している（いた）事業所に証明していただく書類です。
- ・退職後も何らかの医療保険に加入する必要があります。

会社を退職した場合は、退職日の翌日に JR 健保の被保険者資格を喪失します。

そのため下記のいずれかの医療保険に加入する必要があります。

**（JR 健保の任意継続被保険者、国民健康保険の被保険者、再就職先の医療保険に加入、親族の被扶養者となる）**

### 記入内容

- ・被扶養者氏名を記入・認定対象者氏名を記入。
- ・被扶養者・認定対象者の生年月日を記入。
- ・就労を始めた日を記入
- ・退職した日を記入
- ・健康保険の有無を記入
- ・**（有の場合喪失日を記入） 退職日の翌日を記入**
- ・任意継続被保険加入の有無を記入
- ・雇用保険の有無を記入
- ・退職金の有無を記入  
（有の場合その金額）
- ・退職時の標準報酬月額

※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。

# 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	令和〇〇年 〇月 〇日
健康保険有無	有 ・ 無
(有の場合喪失年月日)	令和〇〇年 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