

平成 年 月 日

事業主・雇用主 様

申請者 住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_ ㊟

被扶養者認定申請のため、下記事項について証明願います。

## 退職証明書

採用年月日	平成 年 月 日
退職年月日	平成 年 月 日
加入状況	雇用保険 加入 ・ 未加入
	健康保険 加入 ・ 未加入
健康保険に加入していた場合、その保険の名称・記号番号及び保険者番号をご記入ください。	
健康保険の名称	
記 号	
番 号	
保 険 者 番 号	

以上の事項について、相違ないことを証明します。

平成 年 月 日

所 在 地 \_\_\_\_\_  
事業所名称 \_\_\_\_\_  
事業主氏名 \_\_\_\_\_ ㊟  
(Tel \_\_\_\_\_ )