

令和 年 月 日

事業主・雇用主 様

組合員氏名 _____

該当者氏名 _____

被扶養者認定申請のため証明願います。

退職証明書

採用年 月 日	年 月 日
退職年 月 日	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	

上記の記載事項は、事実と相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

所在地 _____

事業所名称 _____

事業主氏名 _____ 印

(Tel _____)