退職証明書 兼 雇用保険未加入証明書

在職していた者の氏名

生年月日　昭和
平成　　年　　月　　日

上記の者について

退職日　平成
令和　　年　　月　　日

在職中の雇用保険加入の有無　有　・　無

以上のとおり証明します。

令和　　年　　月　　日

所在地

事業所名

代表者名　㊞

事業主様へのお願い

この証明書は、健康保険の被扶養者認定に使用し、他の転用はいたしません。
退職者からの申し出がありましたらご協力をお願いいたします。
※雇用保険に加入の方が退職した場合は、表題の「兼 雇用保険未加入証明書」を線で消してください。

サカイ引越センター健康保険組合