

健康保険  
被扶養者申請

# 退職証明書

被保険者・申請家族が勤務していた事業主記入用

過去に給与収入(パート・アルバイト含む)があり、現在は退職している家族を申請する際に、申請家族の以前の勤務先に、退職について証明していただく場合。

事業主記入欄 (申請家族の勤務していたところ)	氏名	(フリガナ) _____	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	
	退職日	年 月 日				
	契約期間	年 月 日 ~			年 月 日	
	社会保険	<input type="checkbox"/> 適用有 <input type="checkbox"/> 適用無				
	退職の事由	該当する番号に○をつけてください。  1 自己都合による退職 2 当社の勧奨による退職 3 定年による退職 4 契約満了による退職 5 移籍出向による退職 6 その他(具体的には、 _____)による退職 7 解雇				
	上記記載内容の就労状況で間違いありません。 _____ 年 月 日 事業所所在地 _____ 事業所TEL _____ 事業所名称 _____					



被保険者記入欄	被保険者証の(左づめ)	記号(1か2か3) □	番号(保険者番号06270748ではありません) □□□□□□□□	事業所名	_____
	被保険者氏名	(フリガナ) _____			

受付日付印

※本証明書は、当組合が健康保険被扶養者認定の確認のために必要な書類です。

※当帳票の内容については、健康保険業務以外の目的には使用しません。