

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

申請日 年 月 日

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

被 保 険 者 情 報	被 保 険 者	記号 (1か2か3)	番号 (06270748ではありません) (右づめ)	記号番号が分からない場合は個人番号 (マイナンバー) を記入してください
	氏 名	(フリガナ)	事業 所 名	

事 業 主 記 入 欄  (申 請 家 族 の 勤 務 し て い た と こ ろ)	※該当する□に☑を入れてください。			
	申請家族 の氏名	(フリガナ)	生年月日	年 月 日
			<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
	退職日	年 月 日	社会保険	<input type="checkbox"/> 適用有 <input type="checkbox"/> 適用無
	契約期間	年 月 日 ~	年 月 日	
	退職の事由	<input type="checkbox"/> 自己都合による退職 <input type="checkbox"/> 当社の勧奨による退職 <input type="checkbox"/> 定年による退職 <input type="checkbox"/> 契約満了による退職 <input type="checkbox"/> 移籍出向による退職 <input type="checkbox"/> その他 (具体的には、 ) による退職 <input type="checkbox"/> 解雇		
	備考			
	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				
事業所名称				
事業主氏名	印			
電話番号				

健保受付日付印

※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。

2025.1