

# 退職事項証明書

退職者氏名

\_\_\_\_\_

採用日

平成・令和 年 月 日

退職日

平成・令和 年 月 日

雇用保険

加入 ・ 未加入

健康保険

加入 ・ 未加入

健康保険資格喪失日

平成・令和 年 月 日

健康保険資格喪失日

平成・令和 年 月 日

上記のとおり、証明いたします。

令和 年 月 日

事業所所在地

事業所名称

電話番号

事業主名

印