

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

入 社 日

昭和・平成・令和.....年.....月.....日

退 職 日

令和.....年.....月.....日

在職中、雇用保
険の加入の有無

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

⑩

※ 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」
を二重線で消してください。