

退職された会社で証明をもらってください。

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

健康 保子

生 年 月 日

昭和 平成 xx年 10月 22日

上記の者について

入 社 日

昭和 平成 xx年 4月 1日

退 職 日

平 成・令和 xx年 9月 30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 xx年 9月 30日

所 在 地 静岡県浜松市南区〇〇町111-1

事 業 所 名 株式会社 △△△

代 表 者 名 □□ □□□

印

※ 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。