

(健康保険手続用)

退職証明書

(証明対象者) (被保険者)	氏名		生年月日	昭和・平成 年 月 日
	住所	長浜市		
	退職日・退職予定日・資格喪失日 (○で囲む)	年 月 日		

上記のとおり証明します。

(記入日) 令和 年 月 日

証明者 所在地

事業所名称

代表者

電話番号 (- -) ご担当者 様

印

在職時の健康保険証記号番号および被扶養者については下記のとおりです。

健康保険証記号番号	保険者名			保険者番号
	全国健康保険協会 支部 健康保険組合 共済組合 国民健康保険組合			
被扶養者氏名	生年月日	続柄	喪失理由 (○で囲む)	喪失理由がその他の時 資格喪失日
	昭・平・令 年 月 日		被保険者の退職 その他 ()	年 月 日
	昭・平・令 年 月 日		被保険者の退職 その他 ()	年 月 日
	昭・平・令 年 月 日		被保険者の退職 その他 ()	年 月 日
	昭・平・令 年 月 日		被保険者の退職 その他 ()	年 月 日
	昭・平・令 年 月 日		被保険者の退職 その他 ()	年 月 日