

# 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

退職日

平成  
令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

在職中の雇用保険加入の有無

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

Ⓔ

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」  
を線で消してください。