

勤務先での「証明書」

依頼者	自宅住所	愛知県稲沢市井之口町中四反畑 4500	電話番号	(0587) 23 - 6661
	氏名	健保 花子	生年月日	昭和 平成 11年 11月 11日

この証明は、健康保険の被扶養者に認定する際に、退職の事実や各種受給状況、収入額等を把握するために必要な確認書類です。つきましては、該当項目の口枠にレ印をつけ、金額欄には支払金額を記入して証明してください。

1. 上記の者の
退職理由
退職時の

この欄は退職先にて証明を受けてください

2. 在職中の
ア. 雇用
本
本
本

イ. 雇用

申請年月より遡って、1年以内に退職した方は

この書類の証明が必要です。

3. 退職月を

給

与

の
円
円
円

4. 退職時の
ア. 出産手
イ. 傷病手

上記記載事項

令和

事業主氏名

電話番号

本欄記入ご担当者名

印