

### 勤務先での「証明書」

依頼者	自宅住所	電話番号 ( ) -	
	氏名	生年月日	昭和・平成 年 月 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□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。

- 上記の者の退職日は平成・令和 年 月 日付(入社:昭和・平成・令和 年 月 日)で  
退職理由は 定年 結婚 出産 育児 病気 その他( )でした  
退職時の資格は パート 正社員 その他( )でした
- 在職中の雇用保険の加入状況について  
ア. 雇用保険に加入しています  
本人から離職票の発行申請がありましたので発行し本人に渡しました  
本人から離職票の発行申請がありましたので発行し本人に渡す予定です( 年 月 日頃)  
本人から離職票の発行申請がないので本人に発行しておりません  
  
イ. 雇用保険には加入していないので雇用保険料は控除していませんでした
- 退職月を除く直近6ヵ月の給与・賞与支給状況(税金等の控除前の支給総金額)をご記入ください

給    与	平・令 年 月	円	左記、証明期間中(6ヵ月間)の	
	平・令 年 月	円	賞 与	円
	平・令 年 月	円	出産手当金	円
	平・令 年 月	円	受給済額	円
	平・令 年 月	円	傷病手当金	円
	平・令 年 月	円	受給済額	円

以上、合計額 円

- 退職時の受給状況について記入モレのないようにご記入ください  
 ア. 出産手当金は 受給(申請)中又は予定である  
受給(申請)の予定はない  
  
 イ. 傷病手当金(法定1年6ヵ月)は 受給(申請)中である  
受給(申請)中でない・該当していない

上記記載事項に相違ないことを証明します

令和 年 月 日

事業所所在地  
 事業所名称  
 事業主氏名  
 電話番号  
 本欄記入ご担当者名