

## 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 大正・昭和 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

上記の者について

入 社 日 昭和・平成 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

退 職 日 平 成 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_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。

平成 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。

\*この書類は、雇用保険に未加入の方が退職した場合に使用するものです。  
雇用保険に加入の場合には、使用しないでください。