

退 職 証 明 書

氏 名			
生年月日	昭和 平成	年	月 日
入社年月日	平成 令和	年	月 日
退職年月日	令和	年	月 日
健康保険加入の有無	無 ・ 有		
	退職後の任意継続健康保険加入の有無	無 ・ 有	
雇用保険加入の有無	無 ・ 有		
離職票交付(予定)の有無	無 ・ 有		
	*現時点で交付無しでも、今後交付予定の場合は有に○をしてください		

***公務員の場合のみ**、こちらも証明してください

<u>失業者の退職手当(※)</u> 受給資格の有無	※退職時に支給される退職手当の額が、雇用保険法の失業給付相当額に満たないときに一定の条件のもと支給される差額分給付のこと
	無 ・ 有
退職票交付(予定)の有無	無 ・ 有
	*現時点で交付無しでも、今後交付予定の場合は有に○をしてください

上記の者の退職とその他の記述について事実と相違ないことを証明する。

令和 年 月 日

所在地

名 称

代表者名

印

電話番号 ()