

退職証明書

令和 年 月 日

SG ホールディングスグループ健康保険組合 宛

所在地 _____

会社名 _____ (印)

電話番号 _____

担当者名 _____

次の事項について事実と相違ないことを証明します。

退職者氏名				生年月日	昭和・平成 年 月 日生
退職年月日	平成・令和 年 月 日	雇用開始年月日	平成・令和 年 月 日		
雇用形態	正社員 非常勤 派遣 パート アルバイト 内職 その他()				
※健康保険 について	①加入無し	②加入有り	(記号)	(番号)	
				保険者名	
健康保険 加入期間	(取得日) 平成・令和 年 月 日取得				
	(喪失日) 平成・令和 年 月 日喪失				
退職時の 健康保険	退職時の標準報酬月額	千円			
	※任意継続保険	①加入無し	②加入有り	③不明	
※厚生年金保険	①加入無し	②加入有り			
※雇用保険	①加入無し	②加入有り	(被保険者番号)		
※離職票 交付の有無	①交付無し	②交付済み 平成・令和 年 月 交付			
その他 留意事項					

【証明についてお願い】 証明依頼元 SG ホールディングスグループ健康保険組合 Tel.075-343-6570

この書類は当組合健康保険手続上、必要な証明です。

お手数ですが、貴事業所様にて記入等の証明をお願いいたします。

※印の項目につきましては、該当する番号に○印をつけたうえで必要事項を記入してください。

証明書につきましては、目的以外に使用する事は一切ありません。