

退職者に関する証明書

氏名		生年 月日	昭 平 令	年	月	日
在職期間		平成・令和 年 月 日 ～ 平成・令和 年 月 日				
在職中に適用のあった社会保険	医療保険関係	種類	1. 健康保険 2. 日雇健康保険 3. 公務員共済 4. その他 ()			
		記号番号	.			
		傷病手当金の受給	有・無	受給期間	受給金額	
			平成・令和 年 月 日 ～			円
			平成・令和 年 月 日			
	年金関係	種類	1. 厚生年金 2. 恩給 3. 公務員共済 4. その他 ()			
給付		年金または一時金の名称		年金または一時金の額		
						円
摘要						
雇用保険関係	加入期間	平成・令和 年 月 日 ～ 平成・令和 年 月 日				
	加入期間が 1年未満の場合	特定受給資格者または特定理由離職者であるかどうか ある ・ ない				
	離職票の交付について	有 ・ 無				
	離職票の未交付の理由	1. 雇用保険制度に未加入のため 2. その他 ()				
<p>上記のとおり証明します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">事業所名 事業所所在地 事業主名 _____</p>						