

勤務先

殿

## 証 明 願

健康保険被扶養者の申請に必要ですので、下記に証明をお願い致します。

令和 年 月 日

氏名:

(被保険者番号: )

\* 枠内は勤務先の記入欄 (申請者記入無効 証明内容について勤務先に確認させていただく場合があります)

関西電力健康保険組合 殿

### 退職証明書

氏 名 : \_\_\_\_\_

生 年 月 日 : \_\_\_\_\_

採 用 年 月 日 : \_\_\_\_\_

退 職 年 月 日 : \_\_\_\_\_

申請者の労働契約 :  正社員 ・  契約社員 ・  パート ・  アルバイト  
 その他 ( )

雇用保険の加入 :  加入  未加入

雇用保険加入の場合

離職票 1・2 の発行 :  有り  無し (無しの場合理由 )

健康保険の加入 :  加入  未加入

申請者の勤務時間と日数 : 1 日 \_\_\_\_\_ 時間 1 ヶ月 \_\_\_\_\_ 日勤務

上記のとおり、退職したことを証明します。

令和 年 月 日

所在地 \_\_\_\_\_

会社名 \_\_\_\_\_

代表者名 \_\_\_\_\_

T E L ( ) \_\_\_\_\_