

退職証明書

被雇用者	氏名
	生年月日 年 月 日
退職日	H・R 年 月 日
雇用保険	<input type="checkbox"/> 加入有 ・ <input type="checkbox"/> 加入無

上記証明します。

令和 年 月 日

事業所所在地
事業所名称
代表者氏名
連絡先電話番号

上記内容をご報告いたします。

保険証記号・番号 ()・()

被保険者氏名 _____