

退職証明書

令和 年 月 日

三菱自動車健康保険組合 御中

(所在地)

(会社名)

(代表者名)

印

(電話番号) — —

次の者が退職したことを証明いたします。

退職者氏名		
生 年 月 日	昭和・平成・令和	年 月 日生
入 社 年 月 日	昭和・平成・令和	年 月 日
退 職 年 月 日	昭和・平成・令和	年 月 日
社 会 保 険 (在職中の加入状況 について証明ください。)	健康保険	(加 入 ・ 未 加 入)
	厚生年金保険	(加 入 ・ 未 加 入)
	雇 用 保 険	(加 入 ・ 未 加 入) 離職票交付希望 (有 ・ 無)
	労 災 保 険	(加 入 ・ 未 加 入)