

# 退職証明書

フリガナ	
氏名	
生年月日	昭和・平成 年 月 日
住所	
採用年月日	年 月 日
退職年月日	令和 年 月 日
雇用保険の適用	有 ・ 無

上記のとおり退職したことを証明します。

令和 年 月 日

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

電話番号



大阪府農協健康保険組合理事長 殿