【扶養認定申請書類】

退 職 者 に 関 す る 証 明 書

住所	
氏名	

健康保険の扶養家族認定申請にあたり,下記事項について証明をお願いいたします。

記

在職期間	・　年　月　日　～　年　月　日
資格喪失年月日	・　年　月　日 喪失(健康保険喪失日)
雇 用 形 態	・社員 ・パートタイマー ・アルバイト ・その他(　　)
在職中の社会保険加入状況	・厚生年金　(有・無) ・健康保険　(有・無) ・雇用保険　(有・無) *無しの場合　(理由　　)
健康保険任意継続加入状況	・加入　(有・無) ・喪失　(喪失　年　月　日)
雇 用 保 険 関 係	・離職票交付　(有・無) ・雇用保険受給期間延長　(有・無)
そ の 他	

上記のとおり相違ありません。

年　月　日

事業所所在地
事業所名称　　印
事業主名