

# 退職（再雇用）証明書

健康保険証の

記 号 \_\_\_\_\_

番 号 \_\_\_\_\_

被保険者氏名 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ 歳)

退職日 \_\_\_\_\_ 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 付

再雇用日 \_\_\_\_\_ 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 付

上記の者は、当社を定年退職して引き続き再雇用したことを  
証明いたします。

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

事業所所在地

事業所名

事業主氏名

⑩

この証明書は、資格取得届に添付してください。