

退職(再雇用)証明書

① 健康保険証の

記号 _____

番号 _____

② 被保険者氏名 _____ (歳)

③ 退職日 _____ 平成 年 月 日付

④ 再雇用日 _____ 平成 年 月 日付

上記の者は、当社を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

事業所名称

事業主氏名

印

※ この証明書は、資格取得届に添付してください。