退 職 者 証 明 書

被保険者住所	〒　　－　　TEL（　　）　　－
フリガナ	
被保険者氏名	
生年月日	昭 平　　年　　月　　日生
退職日	平成　　年　　月　　日付
退職理由	
雇用形態	正 社 員 ・ パ ー ト ・ ア ル バ イ ト
給与形態	月 給 ・ 時 間 給 ・ 日 給 ・ 週 給 ・ その他

上記の者は、下記の通りに相違なく証明致します。

※雇用形態（正社員、パート、アルバイト）を問わず、13ヶ月分の支払い給与をご記入下さい。
（但し1ヶ月分通勤交通費を含み、賞与を除く金額。）
給与形態が月給以外の場合、出勤日数もご記入下さい。
賃金締切日と退職日が異なる場合、**賃金締切日から退職日までの賃金と日数も**1か月分としてご記入下さい。
（賃金の計算がまだの場合は、賃金欄に「未計算」とご記入下さい。）

（ 賃金締切日　毎月　　日　給与支払日 毎月　　日 ）

年　月分　円　日	年　月分　円　日
年　月分　円　日	年　月分　円　日
年　月分　円　日	年　月分　円　日
年　月分　円　日	年　月分　円　日
年　月分　円　日	年　月分　円　日
年　月分　円　日	年　月分　円　日
年　月分　円　日	年　月分　円　日

平成　　年　　月　　日

事業所所在地

事業主氏名　　㊞

電　　話

労働保険事務組合
大阪司法書士協同組合　まで

FAX番号　06－6941－7123へご送付下さい。