

退職者証明書

個人番号	
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・令和 _____ 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 _____ 日

事業所所在地

事業主氏名

(印)

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。