

(様式番号 75)

(前勤務先で証明を依頼ください。)

シャープ健康保険組合

退職証明書

〒

現住所

氏名

生年月日 昭和 平成 年 月 日

就職年月日	昭和 平成 令和 年 月 日										
退職年月日	令和 年 月 日										
退職理由	(いずれかに○印) ・自己都合退職 ・事業主都合退職										
雇用保険	(いずれかに○印)										
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">加入期間</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>昭・平・令</td> <td>年 月 日～</td> </tr> <tr> <td>昭・平・令</td> <td>年 月 日</td> </tr> <tr> <td>昭・平・令</td> <td>年 月 日～</td> </tr> <tr> <td>昭・平・令</td> <td>年 月 日</td> </tr> </tbody> </table>	加入期間		昭・平・令	年 月 日～	昭・平・令	年 月 日	昭・平・令	年 月 日～	昭・平・令	年 月 日
	加入期間										
昭・平・令	年 月 日～										
昭・平・令	年 月 日										
昭・平・令	年 月 日～										
昭・平・令	年 月 日										
・加入していた											
・加入していなかった											

上記のとおりであることを証明します。

令和 年 月 日

所在地

事業所名

電話番号

代表者氏名

印

*個人情報の取り扱いについては、公表の「個人情報保護基本方針(プライバシーポリシー)」に則り、利用目的の範囲内で取り扱います。