

# 退職状況確認書

対象者氏名	印	性別	生年月日
		男・女	<sup>S</sup> / <sub>H</sub> 年 月 日
住所 〒	-	TEL	-

事業所確認欄 (対象者に関してご記入ください。)

氏名	性別	生年月日
	男・女	<sup>S</sup> / <sub>H</sub> 年 月 日
入社日	退職日	
<sup>S</sup> / <sub>H</sub> / <sub>R</sub> 年 月 日	<sup>R</sup> 年 月 日	
◎ 離職票について	<ul style="list-style-type: none"> <li>・発行した</li> <li>・発行していない</li> </ul>	
◎ 手当金について	<ul style="list-style-type: none"> <li>・支給した <small>※支給した場合、下記の手当金の種類を、○で囲って下さい。</small></li> <li>(出産手当金・傷病手当金・その他)</li> <li>支給金額: _____</li> <li>・支給していない</li> </ul>	
◎ 任意継続被保険者制度について	<ul style="list-style-type: none"> <li>・加入した</li> <li>・加入していない</li> </ul>	
上記の通りであることを証明します。		
事業所名		
住所		
電話番号		
事業主名		印
令和 年 月 日		
I H G ・ A N A ホテルズ健康保険組合 常務理事 殿		