

退職状況確認書

対象者氏名	印	性別	生年月日
		男・女	^S / _H 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	^S / _H 年 月 日
入社日	退職日	
^S / _H / _R 年 月 日	^R 年 月 日	
◎ 離職票について	<ul style="list-style-type: none"> ・発行した ・発行していない 	
◎ 手当金について	<ul style="list-style-type: none"> ・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> (出産手当金・傷病手当金・その他) 支給金額: _____ ・支給していない 	
◎ 任意継続被保険者制度について	<ul style="list-style-type: none"> ・加入した ・加入していない 	
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		