退　職　証　明　願

 　　　　　　　 年   月   日

　     　　　　　　　　　 様

 （願出人）住　所

 　 氏　名     　　　　　　　　　　　 　　印

 　（生年月日　　   　年   月   日）

　下記のことについて、(    　 )    　　　　　　  の勤務先である福岡市役所（福岡市職員共済組合）に提出する必要がありますので、証明願います。

記

１．退職年月日　　　　　　　　年　　月　　日

２．雇用保険適用の有無　　　　有　・　無 （いずれかに〇をつける）

 上記のとおり相違ないことを証明する。

 　　　　　　　年　　月　　日

 　　　　　　　 証明者（職・氏名） 　　　　　　　　　　　　 　印

|  |
| --- |
|  （本書の利用目的） 被扶養者の認定を行う際に、被扶養者の要件を満たしているかどうか確認するため被扶養者申告書の添付書類として利用します。 |