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。 |