（認定様式 ２号）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **オリンパス健康保険組合理事長 殿** | 常務理事 | 事務長 | 課 長 | 担当者 |
|  |  |  |  |

認定対象者申請日：令和 年 月 日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  印 | 男 ・ 女 |
|  | 昭和・平成：　 年 月 日  | 続柄： | 年齢： 歳 |
|  |  |

上記の者は、令和 年 月 日付をもって、当社を退職したこと

を証明いたします。

 **令和 年 月 日**

 **印**