

(認定様式 2号)

退職証明書 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

退職者氏名	印		男・女
生年月日	昭和・平成： 年 月 日	続柄：	年齢： 歳
住所			

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

住所 _____

会社名 _____

代表者名 _____ 印