

事業主 殿

今般、ジェイテクト健康保険組合へ被扶養者の認定申請に必要なため、退職(資格喪失)時の標準報酬月額および資格喪失後の手当金について証明をお願いいたします。

依頼人	住所				
	氏名	⑩	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日

ジェイテクト健康保険組合 理事長 宛

退職時標準報酬月額等証明書

氏名		退職(資格喪失)時の標準報酬月額		円
入社(資格取得) 年月日		昭和・平成・令和 年 月 日		
退職(資格喪失) 年月日		平成・令和 年 月 日		
資格喪失後の 手当金	傷病手当金	<受給要件> 該当・非該当	<日額(付加金含む)> 円	<支給残日数> (最終支給日現在) 日
		<支給済期間(予定含む)> 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		
資格喪失後の 手当金	出産手当金	<受給要件> 該当・非該当	<支給開始日(予定含む)> 令和 年 月 日	<日額(付加金含む)> 円

依頼人について、退職(資格喪失)時標準報酬月額等は上記のとおりであることを証明します。

(証明日) 令和 年 月 日

(事業所住所)

(事業所名称)

(事業主氏名) ⑩

(電話番号)

ご記入にご協力いただきありがとうございました。

ジェイテクト健康保険組合

(様式K-⑥)2022.04