

3. 元勤務先事務所担当者証明欄（2. ④～⑦参照）

※（この欄は離職票・延長証明書が添付できない場合に証明を受けて下さい。）

元勤務先事務所名（ _____ ）

証明担当者氏名（ _____ 印）

退職年月日	平成	年	月	日
離職票発行の有無	有・無	無の場合は（受給できない）理由		
離職票発行年月日	平成	年	月	日
・ 手続中（ _____ 月 _____ 日頃発行予定）				

4. 配偶者の収入(現在収入のある方と今年度60歳以上の方のみ要記載)

（60歳以上等で「年金・恩給」を受給の場合、最近の年金額を確認できるもの〔年金証書・年金額改定通知書・年金支払通知書〕の写を添付して下さい。年金を受給していない方は、年金の受給権のないことを確認できるもの〔年金定期便等〕の写を添付して下さい。

年金・恩給	老 齡 年 金	(年額)	円	勤 勞 収 入	(年額)	円
	遺 族 年 金	(年額)	円	自 営 業 所 得	(年額)	円
	障 害 年 金	(年額)	円	不 動 産 収 入	(年額)	円
	共 済 年 金	(年額)	円	雇 用 保 険 失 業 手 当 等	(年額)	円
	企 業 年 金	(年額)	円	傷 病 手 当 金 等	(年額)	円
	恩 給 年 金 等	(年額)	円	そ の 他 (_____)	(年額)	円

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

上記のとおり相違ありません。

保険証記号 _____ 番号 _____

事業所名（会社名） _____

被保険者氏名 _____ 印

KDD I 健康保険組合