

(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：平成 年 月 日

退職者氏名	光学 花子	印	男・女
生年月日	昭和・平成： 47年 3月 3日	続柄：妻	年齢：37歳
住所			

上記の者は、平成 21 年 4 月 1 日付をもって、当社を退職したことを証明いたします。



会社に記入してもらってください。



平成 21 年 4 月 1 日

住所 東京都西多摩郡日の出町平井 123456

会社名 東京株式会社

代表者名 東京太郎 印

