休 業 証 明 書

氏名：　　男・女　西暦　年　月　日生　歳

住所：〒

傷病名：

労務に服さなかった期間	年　月　日から 年　月　日まで　合計　日間

上記の期間中の休業状況をご記入ください。 （会社休業日は△印、欠勤日に × 印。有給・無給を問いません）		休業日数
年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	日間
年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	日間
年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	日間

※時間休・遅刻・早退など1日に満たない場合は休業の扱いとなりません。

上記の通り証明いたします。

年　月　日

勤務先の所在地：〒

TEL　（　）

勤務先の名称：　㊞

責任者の氏名：

加入者の皆様の個人情報は、法令等により開示が必要な場合を除き共済業務遂行の目的以外には利用いたしません。