

※労務に服さなかった期間の出勤簿、賃金台帳の写しを添付してください。

事業主が証明するところ	被保険者氏名					給与締日： 日	
	労務に服さなかった期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで	日間	支払日： <input type="checkbox"/> 当月 日 <input type="checkbox"/> 翌月			
	上記期間に対して賃金を支給しました（します）か	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	給与の種類	<input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 時間給	<input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 歩合給	<input type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
	上記の期間中にかかる分として支払った報酬（給与・手当等）	区分	支給期間			支給額	支払日
			令和 年 月 日 から 令和 年 月 日		円	/	
			令和 年 月 日 から 令和 年 月 日		円	/	
		令和 年 月 日 から 令和 年 月 日		円	/		
通勤手当		令和 年 月 日 から 令和 年 月 日		円	/		
上記のとおり相違ないことを証明します。							
令和 年 月 日							
事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話番号							
(担当者：)							

医師・助産師記入欄	出産者氏名				
	出産予定日	令和 年 月 日	出産日	令和 年 月 日	
	出生児の数	単胎・多胎（ 児）	生産又は死産の別	生産・死産(妊娠 週)	
上記のとおり相違ないことを証明します。					
令和 年 月 日					
医療施設の所在地 医療施設の名称 医師・助産師の氏名 電話番号					

(注) ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名（サイン）をご記入ください。