



事業主が証明するところ	労務に服さなかった期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで	日間
	※ ア	全額支給した場合又は支給する場合	平成 年 月 日から 金 円 日額 平成 年 月 日まで の分 ( 月 日支払) 金 円
	イ	一部支給した場合又は支給する場合	平成 年 月 日から 金 円 日額 平成 年 月 日まで の分 ( 月 日支払) 金 円
	ウ	現在までも又将来も支給しない場合は、その旨	
上記のとおり相違ないことを証明します。			
平成 年 月 日			
事業所所在地			
事業所名称			
事業主氏名 (印) Tel ( )			

(事業主への注意事項)

※欄のアとイにわたるときは、両欄にわけて記載してください。

※欄のウは、現在までも、将来も支給しないときは、「支給しない」と記載してください。

被保険者の資格を喪失した後の期間にかかる請求であるときは、証明を行う必要がありません。

医師・助産師が記入するところ	出産者氏名			
	出産予定年月日	平成 年 月 日	出産年月日	平成 年 月 日
	出生児の数	単胎・多胎 ( 児)	出産または死産の別	生産・死産(妊娠 週)
	入院して出産のときはその期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	日間 入院費用の別	健保・自費 ..... 公費・その他
	上記のとおり相違ないことを証明します。			
平成 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 (印) Tel ( )				