



事業主が証明するところ	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
	※ ア 全額支給した場合又は支給する場合	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	金 円 日額 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	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	金 円 日額 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。 令和 年 月 日 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 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。

※記入し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

※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はありません。

医師・助産師記入欄	出産者氏名			
	出産予定年月日	令和 年 月 日	出産年月日	令和 年 月 日
	出生児の数	単胎・多胎 ( 児)	生産または死産の別	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 TEL ( )			

※記入し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。