

(7号様式の1)

傷病により休業した期間の証明

1 会員氏名 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住 所 〒 _____
(電話番号 _____)

2 傷 病 名 _____

3 休業期間 ① _____ 年 _____ 月 _____ 日から _____ 年 _____ 月 _____ 日

② _____ 年 _____ 月 _____ 日から _____ 年 _____ 月 _____ 日

※上記の休業期間のうち、自宅療養で休業した期間

①	_____	年	_____	月	_____	日	_____	年	_____	月	_____	日
②	_____	年	_____	月	_____	日	_____	年	_____	月	_____	日

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 _____ 月 _____ 日

事業所住所

事業所名

契約代表者

㊟