

休業証明書

氏名		生年 月日	西暦 年 月 日
----	--	----------	-----------------

傷病による入院（通院）のため、連続して休業（欠勤）した期間

① 年 月 日 ~ 年 月 日

② 年 月 日 ~ 年 月 日

③ 年 月 日 ~ 年 月 日

※遅刻・早退・時間給などにより、1日満たない休業は上記期間に含めないでください。
(例:6/1~7/31のうち、6/18~19は出勤の場合→①6/1~17、②6/20~7/31と記載してください)

※証明いただく休業については、有給・無給を問いません。公休日、年次有給休暇、産休・育休などの休暇についてもこの証明書にご記入いただくようお願いします。

上記の通り証明いたします。

年 月 日

勤務先所在地 〒

TEL

勤務先名称

㊞

責任者役職

氏名

事情により、職場の休業証明書が提出できない場合は、勤務先所在地と名称、休業期間を申請者が記載した上で、提出できない理由を当該共済会で記載して、証明してください。

【共済会の休業証明書】

休業証明書が提出できない理由

傷病により、組合員が上記期間休業していたことを証明します。

年 月 日

共済会名

㊞

代表者名