

(様式第7号の1・A4版)

傷病により勤務していなかった期間の証明

1 会員氏名 _____

生年月日 昭和 年 月 日生

住 所 _____

2 病 名 _____

3 休業期間 ① 平成 年 月 日から平成 年 月 日までの日間

② 平成 年 月 日から平成 年 月 日までの日間

※上記の休業期間のうち、自宅療養で休業した期間

① 平成 年 月 日から平成 年 月 日までの日間

② 平成 年 月 日から平成 年 月 日までの日間

上記のとおり相違ないことを証明します。

平成 年 月 日

事業所住所

事業所名

共済契約代表者

印