

(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 _____

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 日から 年 月 日
 ② 年 月 日から 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

印