

氏名				2枚目印刷のときは必ず記入して下さい。		(裏・2枚目)
事業主の証明	労務に服さなかった期間	自令 至令	年 年	月 月	日 日	日間
	上記期間中の分として支払う報酬額	自令 至令	年 年	月 月	日 日	日間 全額 年休・有給
		自令 至令	年 年	月 月	日 日	日間 一部支給額 円
		令和	年	月	日	より無給
証明	上記の通り相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 事業主 住所 氏名 TEL					
医師又は助産師の証明	出産年月日	令和	年	月	日	生産・死産の別 生産・死産 (妊娠第 月又は第 週)
	出産予定年月日	令和	年	月	日	単胎・多胎の別 単胎・多胎(児)
	入院して出産した期間	自令 至令	年 年	月 月	日 日	入院期間の別 費用の別 自費(正常)・健保(異常) その他(助成等)
	証明	上記の通り相違ありません。 令和 年 月 日 医師又は助産師 住所 医療機関名 氏名 TEL				
任継・資格喪失後無職無収入証明 (証明をお願いする場合があります)	自令和 至令和	年 年	月 月	日 日	日間無職無収入でありました。 上記の通り相違ありません。 年 月 日 被保険者 住所 氏名	