

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やむを得ない理由

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

㊞