

氏名			①		※1 2枚目印刷のときは必ず記入押印して下さい。(裏・2枚目)		
事業主の証明	労務に服さなかった期間	自平令	年	月	日	日間	
		至平令	年	月	日		
	上記期間中の分として支払う報酬額	自平令	年	月	日	日間	全額 年休・有給
		至平令	年	月	日	日間	一部支給額 円
		平令	年	月	日	日より無給	
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	①						
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	自令和 至令和	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)	
	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	①					
任継(証明をお願いする場合があります)・資格喪失後無職無収入証明	自令和	年	月	日	日間無職無収入でありました。		
	至令和	年	月	日			
上記の通り相違ありません。 令和 年 月 日 被保険者 住所 氏名	①						