

休業証明書

平成 年 月 日

会員番号 ー

会員氏名

上記会員は、（病名 ）
の理由にもとづき、

平成 年 月 日より

平成 年 月 日まで 日間

休業したことを証明いたします。

事業所番号

所在地

事業所名

加入代表者氏名

⑩