

(第 1 回目)

受 付 年 月 日

事業主が証明するところ	被保険者氏名							
	労務に服さなかった期間	令 年 月 日から	出勤 日	有給 日	この期間に賃金を支給しました(します)か	☐ はい ☐ いいえ		
	被保険者の給与の種類	事業主の証明を受けてください			締日	日	支払日	☐ 当月 ☐ 翌月
	上記の期間中の報酬を全部または一部支給した(する)場合				日間	円		
	通勤手当				日間	円		
					日間	円		
	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日							
事業所住所 事業所名称 事業主氏名 電話番号： ()								

医師又は助産師が意見を記入するところ	出産者氏名							
	出産予定年月日	令 年 月 日	出産年月日	令 年 月 日				
	出生児の数		性別	生産・死産(妊娠 週)				
	上記のとおり相違ない	令和 年 月 日						
	医療施設の所在地							
医療施設の名称								
医師・助産師の氏名								
電話番号： ()								