

休 業 証 明 書

氏 名 :

生 年 月 日 : 年 月 日 生

上記の者、傷病により

年 月 日 ~ 年 月 日 まで

日間、休業したことを証明します。

令和 年 月 日

所 在 地 :

事 業 所 名 :

共済契約代表者 :

㊞