様式第6－2号

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 ：　　　　　　　　　　　　　　㊞