傷病休業証明書

一般財団法人いわき市勤労者福祉サービスセンター理事長 様

会員番号						−				

事業所名 （個人会員の場合は 現在の勤務先名）		会員氏名	フリガナ

傷病休業見舞金の請求の際、添付書類の出勤簿の提出が難しい場合は、
『取引先等の第3者』より下記の記入・押印をいただいてください。

令和　　年

月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
	31							計		日間

月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
	31							計		日間

月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
	31							計		日間

月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
	31							計		日間

合計 ＿＿＿＿＿＿ 日

傷病のため、上記のとおりの休業に相違ないことを証明いたします。

年　　月　　日

住所

氏名　　㊞