

## 休業証明書

会員番号										氏名	
傷病見舞金	傷病名										
	休業期間		年	月	日	～	年	月	日	(	日間)
	給付済期間		年	月	日	～	年	月	日	(	日間)
<p>上記のとおり給付事由のあることを証明します。</p> <p>年 月 日</p> <p>事業主名 印</p>											