（７号様式の１）

**傷病により休業した期間の証明**

１　会員氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日　　　　年　　月　　日

住　　所　〒

　　　　　（電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

２　傷病名

３　休業期間　　①　　　　　年　　月　　日から　　　年　　月　　日

　　　　　　　　②　　　　　年　　月　　日から　　　年　　月　　日

　　　　　　　　 ※上記の休業期間のうち、自宅療養で休業した期間

①　　　　　年　　月　　日から　　　 年　　月　　日

　　　　　　 　　②　　　　　年　　月　　日から　　　 年　　月　　日

　　　上記のとおり相違ないことを証明します。

　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　事業所住所

　　　　　　　　　　　　　　事業所名

契約代表者　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞