

(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 共済 太郎 生年月日 1900 年 0 月 0 日

住 所 〒 0XX-XXXX 江別市00町00番地
(電話番号 XXX-XXXX)

2 傷 病 名 大腿骨骨折

3 休業期間 ① H27 年 2 月 1 日から H27 年 7 月 1 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。

H00 年 0 月 0 日

事業所住所 江別市00町00番地

事業所名 (株)共済会

契約代表者 江別 二郎

