

医師・助産師記入欄	出産者氏名			
	出産年月日	年 月 日	出産予定年月日	年 月 日
	出生児の数	単胎 ・ 多胎 (児)	生産または死産の別	生産 ・ 死産 (妊娠 週)
	上記のとおり相違ないことを証明する。 _____ 年 月 日 医療機関の所在地 _____ 医療機関の名称 _____ 医師の氏名 _____ (印) 電話 () _____			

事業主が証明するところ	労務に服さなかった期間		年 月 日から 年 月 日		日間			
	勤務状況	出勤は○、有給は△、公休は公、欠勤は／か＝でそれぞれ表示してください。					出勤	有給
	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	日			
	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	日			
	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	日			
	上記の期間中の報酬		支給 (した ・ しない) 支給日以降、追って支給するものが (ある ・ ない)					
	給与の種類	☐ 月給 ☐ 時間給 ☐ 日給 ☐ 歩合給 ☐ 日給月給 ☐ その他	通勤手当の支給の有無		☐ 支給なし ☐ 前払い ・ 後払い (ヶ月分) ☐ 出勤日のみ (日額 円)			
	上記の期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況をご記入ください。							
	支給した (する) 賃金内訳	期間	単価	月 日 ~ 月 日 月 日	月 日 ~ 月 日 月 日	月 日 ~ 月 日 月 日	賃金計算方法 (欠勤控除計算方法等) についてご記入ください	
		区分		支給額	支給額	支給額		
基本給								
通勤手当								
住居手当								
扶養手当								
手当								
現物給与								
計								
上記のとおり相違ないことを証明します。 _____ 年 月 日 事業主 住所 〒 _____ 氏名 _____ (印) Tel () _____								

民生・児童委員が証明する欄	証 明 書	
	申請人 (被保険者) 住所 _____	
	氏名 _____ (印)	
	1. 証明事項	無職
	2. 証明内容	(申請人) _____ は _____ 年 月 日から _____ 年 月 日現在無職です。
	上記の通り相違ないことを認めます。 _____ 年 月 日 住所 _____ 民生・児童委員 氏名 _____ (印)	