

休職期間等証明書

住 所

氏 名

生年月日 年 月 日生

区 分	期 間
年次休暇（有 給）	令和 年 月 日
	令和 年 月 日
病気休暇（有 給）	令和 年 月 日
	令和 年 月 日
休 職（8割給）	令和 年 月 日
	令和 年 月 日
休 職（無 給）	令和 年 月 日
	令和 年 月 日

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

職名
所属長 氏名

印

- ※ 傷病手当金の初回請求時に提出してください。
- ※ 同一傷病により休暇等を取得されている最初の日から、現在辞令が出ている日まで記入してください。
- ※ 同一傷病により過去に休職歴がある場合は、当該期間毎に1部作成してください。