



事業主が証明しますので、こちらには記入しないでください

|   |                            |       |        |   |   |    |    |     |   |   |   |
|---|----------------------------|-------|--------|---|---|----|----|-----|---|---|---|
| 事業主証明欄                                  | 労務に服さなかった期間                |       | 令和     | 年 | 月 | 日  | から | 日間  |   |   |   |
|   |                            |       | 令和     | 年 | 月 | 日  | まで |     |   |   |   |
|   | 上記の期間中、報酬を全額支給した期間(有給取得期間) |       | 令和     | 年 | 月 | 日  | から | 日間  |   |   |   |
|   |                            |       | 令和     | 年 | 月 | 日  | まで |     |   |   |   |
|   | 賃金の支払状況について                | 報酬の名称 | 支給対象期間 |   |   |    |    | 支給額 |   |   |   |
|   |                            | 前払給与  | 令和     | 年 | 月 | ～  | 令和 | 年   | 月 | 分 | 円 |
|   |                            | 令和    | 年      | 月 | ～ | 令和 | 年  | 月   | 分 | 円 |   |
|   |                            | 令和    | 年      | 月 | ～ | 令和 | 年  | 月   | 分 | 円 |   |
|   |                            | 令和    | 年      | 月 | ～ | 令和 | 年  | 月   | 分 | 円 |   |
| 上記のとおり相違ないことを証明します。                     |                            |       |        |   |   |    |    | 令和  | 年 | 月 | 日 |
| <p>事業所所在地</p> <p>事業所名称</p> <p>代表者氏名</p> |                            |       |        |   |   |    |    |     |   |   |   |

【添付書類】・該当期間の勤怠表のコピーと給与明細書のコピー

医師または助産師の方から証明を受けてください

|   |                     |   |   |   |   |       |   |   |    |   |    |
|---|---------------------|---|---|---|---|-------|---|---|----|---|----|
| 医師または助産師の証明欄  | 出産予定日               | 令和  | 年 | 月 | 日 | 出産日   | 令和  | 年 | 月  | 日 |    |
|   | 生産または死産の別           | <input type="checkbox"/> 生産<br><input type="checkbox"/> 死産 (妊娠 週) |   |   |   | 出生児の数 | <input type="checkbox"/> 単胎<br><input type="checkbox"/> 多胎 ( 児) |   |    |   |    |
|   | 入院期間                | 令和  | 年 | 月 | 日 | ～     | 令和  | 年 | 月  | 日 | 日間 |
|   | 上記のとおり相違ないことを証明します。 |   |   |   |   |       |   |   | 令和 | 年 | 月  |
| <p>医療施設の所在地</p> <p>医療施設の名称</p> <p>医師・助産師の氏名</p> <p>電話番号</p> |                     |   |   |   |   |       |   |   |    |   |    |