

別記第2号様式（第3条関係）

休職期間等証明書

被保険者 情報	氏名				
	住所				
新型コロナウイルス感染症に感染（発熱等の症状があり感染症が疑われるときを含む。） したため、労務に服することができなかった期間及び日数					
令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日 （ 日間）					
上記の事由により無給休暇の日数					日
給与の種類	<input type="checkbox"/> 月給	<input type="checkbox"/> 日給	<input type="checkbox"/> 日給月給		
	<input type="checkbox"/> 時間給	<input type="checkbox"/> 歩合給	<input type="checkbox"/> その他		
休職直前3ヶ月の給 与額と勤務日数	前月	給与額	円	勤務 日数	日
	前々月	給与額	円	勤務 日数	日
	3ヶ月前	給与額	円	勤務 日数	日
上記のとおり相違ないことを証明します。					
事業所所在地					
事業所名称					
事業主氏名					印
担当者氏名			電話番号		