



被保険者氏名																																					
事業主が証明する欄	労務に服さなかった日（出勤は○、有給は△、欠勤は×、公休は公でそれぞれ表示してください）																																				
	令和	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
	令和	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
	令和	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
	令和	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
	令和	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
	労務に服さなかった期間		令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで ( ) 日間																																		
	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"/> その他 ( )										給与締日		日		給与支払日		当月・翌月 ( ) 日																		
	上記の期間を含む期間の賃金支給状況																																				
	支給した(する)金内訳	支給期間		年 月 日から 年 月 日まで					年 月 日から 年 月 日まで					年 月 日から 年 月 日まで					年 月 日から 年 月 日まで																		
種類																																					
基本給																																					
通勤手当																																					
手当																																					
計																																					
(通勤手当計算方法)		定期券等による前払い 月～ 月までの ヶ月分 定期券の金額 購入月数 1か月分の金額 _____ 円 ÷ _____ ヶ月 = _____ 円																																			
(欠勤控除計算方法)		1ヶ月分の金額 日数 欠勤日数 欠勤控除額 _____ 円 × _____ 日 × _____ 日 = _____ 円																																			
備考欄	【必須】以下の内容を確認して <input type="checkbox"/> してください。										上記のとおり相違ないことを証明します。																										
	<input type="checkbox"/> この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。										令和 年 月 日																										
	<input type="checkbox"/> ① 申請者本人（被保険者）が作成したものである。 ② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。										事業所所在地 事業所名 事業主名																										
担当者名																																					

医師又は助産師の証明	分娩予定日	令和 年 月 日	生産又は死産の別	生産・死産（妊娠 か月）
	分娩年月日	令和 年 月 日	単胎又は多胎の別	単胎・多胎
	上記の通り相違ありません。 令和 年 月 日 医師又は助産師 住所 〒 氏名			

【訂正について】

※ ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名（サイン）をご記入下さい。

【事業主の方へ】

※ 事業主が証明する欄記載後、備考欄に、確認後チェックを入れて下さい。

【医師証明欄について】

※ この申請書の「医師又は助産師の証明」欄へ証明を受けてください。（出生証明書、母子手帳等の代替え不可）

受付印