

※ 証明書は、郵送または
直接事務局の窓口にお願
いします。

休業証明書

令和〇〇年〇〇月〇〇日

(あて先) 三条市長

加入番号 〇〇〇
事業所所在地 **三条市旭町二丁目3番1号**
事業所名 **三条共済株式会社**
代表者名 **代表取締役 三条太郎** ㊞
(電話) **0256-34-5511**

下記、傷病理由により、会員が休業したことを証明します。

記

1. 会員番号、氏名

会員番号	会員氏名
〇〇	三条太郎

2. 休業期間

令和〇〇年**8月24日**～令和〇〇年**10月10日** (**48**日間)

3. 休業(傷病)理由

別紙診断書のとおり
