

第2号様式（第3条関係）

休職期間等証明書

被保険者氏名			
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			
年 月 日～ 年 月 日（ 日間）			
上記の期間中、勤務を予定していたが新型コロナウイルス感染症（疑いを含む。）により勤務ができなかった日数		日	
休職直前3か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か月前）	（給与額）	円（勤務日数） 日

年 月 日

上記の通り相違ないことを証明します。

事業所所在地

事業所名称

代表者氏名

Ⓜ

電話番号