

第 2 号様式（第 3 条関係）

休職期間等証明書
(事業所が記入※押印は社の印鑑)

被保険者氏名	旭太郎	
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		
令和 2 年 5 月 1 日～令和 2 年 5 月 1 4 日（ 1 4 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		<u>1 0</u> 日
休職直前 3 か月の給与額と勤務日数	(前月)	(給与額) <u>200,000</u> 円 (勤務日数) <u>2 0</u> 日
	(前々月)	(給与額) <u>200,000</u> 円 (勤務日数) <u>2 0</u> 日
	(3か月前)	(給与額) <u>200,000</u> 円 (勤務日数) <u>2 0</u> 日

令和 2 年 7 月 1 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 ●●●●株式会社

代表者氏名 ◎◎ ◎◎◎ ㊟

電話番号 ▼▼－▼▼▼▼