

願出人

住所 _____

氏名 _____ 印 _____

証 明 願

健康保険法第104条に基づく、資格喪失後の保険給付として「傷病手当金」「出産手当金」請求
に関して

年 月 日 より 年 月 日 まで

(日間) 就労していませんでした。

上記について、私は事業所の籍を喪失していますので、よろしく証明願います。

.....
年 月 日

証 明 書

願出人 (殿) は

年 月 日 より 年 月 日 まで

就労していなかったことを証明致します。

民生委員

住所 _____

氏名 _____ 印 _____

.....
※貴殿は、事業所の籍が切れているため、労務不能期間を地区民生委員の方から証明を受けてく
ださい。

※この証明書は、傷病手当金または出産手当金請求書に添付し健康保険組合へ送付してください。