

医師または助産師の意見欄	出産者氏名	栗本 海		出産予定日	令和 0 4 1 1 1 8	出産年月日	令和 0 4 1 1 2 3
	出生児の数	<input checked="" type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 → (児)		生産または死産の別	<input checked="" type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 → (妊娠 週)		
	入院して出産したときは、その期間	令和 0 4 1 1 2 3	～	令和 0 4 1 1 2 8	まで	5	日間
	上のおり相違ありません。 令和 4 年 11 月 28 日						
医療機関住所	●●県●●市▲▲▲区■ ■ ■町◆-◆◆						
医療機関名称	◇◇◇◇産婦人科						
医師氏名	■ ■ ■ ■						
電話番号	●● - ●●●● - ●●●●						

医師または助産師の証明に記入もれ・間違い、押印・訂正印もれ、期間の計算間違い等がないか、受取った時にその場で必ず確認して下さい。
 医師または助産師の意見欄の訂正は必ず医師または助産師の訂正印が必要です

事業主が証明する欄	労務に服さなかった期間	令和 0 4 1 0 0 8	～	令和 0 5 0 1 1 8	まで	103	日間
	上記期間中の分として 支払う報酬関係	全額支給した場合または支給する場合	支給期間	令和	～	令和	までの分
		支払年月日	令和	支払額	円	日額	円
	一部支給した場合または支給する場合	支給期間	令和	～	令和	までの分	
支払年月日		令和	支払額	円	日額	円	
現在までもまた将来も支給しない場合	その期間	令和 0 4 1 0 0 8	～	令和 0 5 0 1 1 8	までの分		

以下の書類を添付願います。

- ・勤務表(写し)
- ・給与明細(写し)

必ず確認の上 チェック!

事業主証明欄
 令和 5 年 2 月 24 日
 上記のとおり相違ないことを証明する