別記第2号様式（第3条関係）

休職期間等証明書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **被保険者**  **情　　報** | | 氏名 | |  | | | | | | |
| 住所 | |  | | | | | | |
| 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症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　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日　（　　　　　日間） | | | | | | | | | | |
| 上記の事由により無給休暇の日数 | | | | | | | | 日 | | |
| **給与の種類** | | * 月 給 　　□　日 給　　　□　日給月給 * 時間給　 　□　歩合給　　　□　その他 | | | | | | | | |
| **休職直前3ヶ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ヶ月前 | 給与額 | | 円 | | | | 勤務日数 | 日 |
| 上記のとおり相違ないことを証明します。  　　　　　　　　　　事業所所在地  　　　　　　　　　　事業所名称  　　　　　　　　　　事業主氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　印 | | | | | | | | | | |
| 担当者氏名 |  | | | | | 電話番号 |  | | | |