

休業証明書

オリンパス健康保険組合理事長 殿

下記の者は令和 年 月 日より休業しており、休業日以降、賃金の支払いがないことを証明いたします。

氏名	
住所	
生年月日	昭和・平成 年 月 日
復職予定日	令和 年 月 日 ※復職予定日が分かる場合に記載

以上

令和 年 月 日

住所 _____

会社名 _____

代表者名 _____ 印