

傷病見舞金証明書

会 員 名	①	
共 済 事 由	傷病見舞金	
内 容	傷 病 名	
	休 業 期 間	年 月 日~ 年 月 日 (日間)
	給付済期間	年 月 日~ 年 月 日 (日間)
	病 院 名	
	所在地・連絡先	
備 考		

上記のとおり共済事由があった事を証明します。

年 月 日 事業所No. _____

事業所名

事業主名

①

電 話
