

事業主記入欄

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者等 記号	被保険者等 番号	氏名				(氏)	(名)	
	労務に服することが出来なかった期間		自	令和	年	月	日	日間	
			至	令和	年	月	日		
HOYA健康保険組合理事長 殿					上記のとおり相違ないことを証明します。				
事 業 主 記 入 欄	上記の期間中において 給与を受けている額 および期間		自	令和	年	月	日	日間	左記の通り報酬を支給したこと (支給すべきものであること)を証明する。
			至	令和	年	月	日	①	合計金額 円 一日につき (円)
			自	令和	年	月	日	日間	左記の通り報酬を支給したこと (支給すべきものであること)を証明する。
			至	令和	年	月	日	②	合計金額 円 一日につき (円)
令和	年	月	日						
事業主の名称								印	
代表者氏名									

担当印

医師または助産師の証明書

下記のもの分娩に関する証明をお願いいたします。

記入欄	被保険者等 記号	被保険者等 番号							
	氏名	(氏)	(名)	生年月日	昭和 平成	年	月	日	
医師 または 助産師	分娩予定日	令和	年	月	日				
	分娩日	令和	年	月	日				
	正常分娩または 異常分娩の別	正常	異常	出産または 死産の別		出産	死産 (妊娠 週目)		
	入院して分娩したときは、 その期間	自	入院	令和	年	月	日	日間	
		至	退院	令和	年	月	日		
	出生児の数	単胎	多胎 (児)						
HOYA健康保険組合理事長 殿 上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日 住所 医師 氏名 電話番号 ()									