

育児休業等取得時収入見込額証明書

コーセー健康保険組合 行

下記の通り育児休業等の取得（予定）していることを証明します。

令和 年 月 日

住 所：

会 社 名：

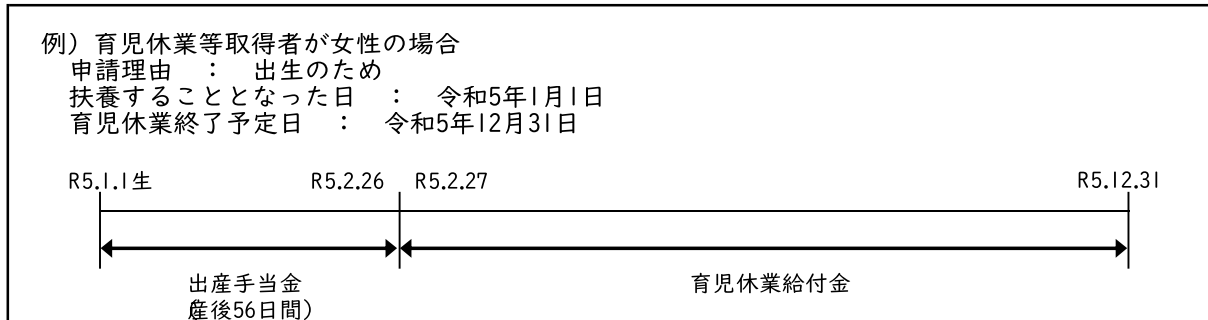
電話番号：

印

氏 名 (育児休業等取得者)	
出 産 手 当 金 受給期間 (予定)	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日
出 産 手 当 金 受給金額 (予定)	約 円
育 児 休 業 給 付 金 受給期間 (予定)	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日
育 児 休 業 給 付 金 受給金額 (予定)	約 円
そ の 他 収 入 (手当・賞与等)	約 円 種類：
備 考	

【留意事項】

・上記の事項が網羅されていれば、提出様式は問いません。会社指定の様式でご証明ください。



受 付 印