

雇用保険被保険者以外分

母性健康管理指導事項確認書

新型コロナウイルス感染症に関する母性健康管理措置として、医師又は助産師から以下のとおり休業措置を講じるよう指導を受けました。

対象労働者氏名		分娩予定日	
		令和	年 月 日
医療機関名	医師又は助産師の指導を受けた日	医師等の指導により休業措置が必要とされた期間	
	令和 年 月 日	月 日～ 月 日	

上記事実に相違ありません。

年 月 日

申請事業主代表者名

印

対象労働者氏名 (※)

印

※必ず労働者本人が署名又は記名押印してください。

注意・母性健康管理指導事項連絡カードなど医師等が新型コロナウイルス感染症に関する母性健康管理措置に係る指導事項を記載した書類がない場合は、本票及び母子健康手帳の表紙の写し（氏名と交付日が記載されていること）を添付してください。

・母性健康管理措置（休業措置）が必要な期間中に複数回の申請する場合、2回目以降の申請時には、本票の写しを提出してください。