＊前ページより続く

事業主が証明する欄

Ⓐ労務に服さなかった期間	年	月	日から	年	月	日まで	日間		

Ⓑ 出勤は○で、有休は△で、公休は公で、欠勤は／でそれぞれ表示してください。

年　月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	計	出勤	有給
年　月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#			
年　月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#		日	日

Ⓒ うえの期間中の分として、報酬を全額又は一部支給した場合又は支給する場合	（自）　年	月	日	（至）　年	月	日	日間	円	日額　　円　月　日支払
							日間	円	日額　　円　月　日支払
							日間	円	日額　　円　月　日支払
							日間	円	日額　　円　月　日支払
Ⓓ現在までもまた将来も支給しない場合はその旨									

うえのとおり相違ないことを証明します。　住所　〒

事業主　氏名　㊞

平成　年　月　日　電話

療養を担当した医師が意見を書くところ

Ⓔ　傷　病　名			
Ⓕ　発病又は負傷の年　月　日	年　月　日	Ⓖ　療養の給付を開始した年　月　日	年　月　日
Ⓗ　発病又は負傷の原因			
Ⓘ　労務不能と認めた期間	平成　年　月　日から 平成　年　月　日まで　日間	Ⓙ　左の期間中の診療実日数	日間
Ⓚ　傷病の主状態および経過概要			
	復職見込	平成　年　月　頃	
Ⓛ　人工腎臓、または人工臓器等を装着したとき	人工透析を実施又は人工臓器を装着した日	平成　年　月　日	
	人工臓器等の種類	ｱ 人工肛門　ｲ 人工膀胱　ｳ 人工関節　ｴ 人工骨頭　ｵ 心臓ﾍﾟｰｽﾒｰｶｰ　ｶ 人工透析　ｷ その他（　　）	

うえのとおり相違ありません。　住所（所在地）〒　　平成　年　月　日

医師　医療機関名　㊞

氏　名　電話

⑱支払金融機関	銀行　本店 金庫・農協　支店	預金種別	1. 普通 2. 当座	名義	ﾌﾘｶﾞﾅ	
	口座番号			金融機関CD		支店CD

⑲受取代理人の欄	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。　平成　年　月　日 被保険者　住　所 （請求者）　氏　名　㊞ 委任者と代理人との関係（　　）	代理人の氏名と印	ﾌﾘｶﾞﾅ ㊞
		代理人の住所	郵便番号　ﾌﾘｶﾞﾅ