＊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	19年　4月　1日から　19年　4月　20日まで　20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。

19年　4月	公	△	△	△	△	△	公	公	／	／	／	／	／	公	公	／	／	／	／	／	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	×
年　月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#
年　月	1	2	3	4	5																		#	#	#	#	#	#	#	#	#

計	出勤	有給
	0 日	5 日

人財本部にて記入、証明する。

（退職後の期間における証明は不要です。）

Ⓒ 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		円	日額	円	月	日支払
		円	日額	円	月	日支払
		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	現在までもまた将来も支給しない					

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　○○○○○　㊞ 印

平成　19年　5月　25日　電話　△△△△△

療養を担当した医師が意見を書くところ

Ⓔ 傷病名	左上腕骨骨折		
Ⓕ 発病又は負傷の年月日	19 年　3 月　31 日	Ⓖ 療養の給付を開始した年月日	19 年　3 月　31 日
Ⓗ 発病又は負傷の原因	自宅の引っ越し作業中の受傷		
Ⓘ 労務不能と認めた期間	平成　19年　4月　1日から 平成　19年　4月　20日まで　20 日間	Ⓙ 左の期間中の診療実日数	3 日間
Ⓚ 傷病の主状態および経過概要	症状詳細等　担当した医師が記載する。		
	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　19年　4月　27日

医師　医療機関名　○○○○○　㊞ 印

氏　名　△△△△△　電話　99-9999-9999

⑱支払金融機関	みずほ　銀行　金庫・農協　銀座　本店　[✓ 支店]	預金種別	[✓ 1] 普通 2. 当座	名義	ﾌﾘｶﾞﾅ　ﾔﾏﾀﾞ ﾀﾛｳ 山田　太郎
	口座番号　9 9 9 9 9 9 9			金融機関CD　0 0 0 1	支店CD　035

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