

\* 前ページより続く

(氏名: )

事業主が証明する欄	④ 労務に服さなかった期間 (和暦) 年 月 日から 年 月 日まで 日間	
	⑤ 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 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
	年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
	年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
	⑥ 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	日額
	円	日額
⑦ 現在までもまた将来も支給しない場合はその旨		
上記のとおり相違ないことを証明します。 住所 〒		
事業主 氏名 ⑧		
令和 年 月 日 電話		

療養を担当した医師が意見を書くところ	⑨ 傷病名		⑩ 療養の給付を開始した年月日	平成・令和 年 月 日	
	⑪ 発病又は負傷の年月日		平成・令和 年 月 日	年 月 日	
	⑫ 発病又は負傷の原因		(初診日)	年 月 日	
	⑬ 労務不能と認めた期間		平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで 日間	⑭ 左の期間中の診療実日数	日間
	⑮ 傷病の主状態および経過概要		⑬の期間中における「主たる症状経過」および「治療内容、検査結果など」と 労務不能であったと認められた医学的な所見		
	復職見込		(和暦) 年 月 頃		
	⑯ 人工腎臓、または人工臓器等を装着したときの種類		人工透析を実施又は人工臓器を装着した日 (和暦) 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 オ心臓ヘルスメーカー カ人工透析 キその他( )	
	上記のとおり相違ありません。		住所(所在地) 〒	令和 年 月 日	
	医師 医療機関名		⑰ 氏名 ⑱ 電話		

⑲ 支払金融機関	銀行	本店	預金種別	1. 普通	名義	フカナ
	金庫・農協	支店		2. 当座	金融機関CD	支店CD
口座番号						

未記入の場合は給与口座へのお振込みとなります。ゆうちょ銀行の場合は支店名欄に5ケタの記号を記載してください

⑳ 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。 年 月 日		代理人の氏名と印	フカナ ⑲
	被保険者 住所 (請求者) 氏名 ⑲		代理人の住所	郵便番号 フカナ
	委任者と代理人との関係 ( )			