

被保険者氏名																																																								
事業主が証明する欄	労務に服さなかった日（出勤は○、有給は△、欠勤は×、公休は公でそれぞれ表示してください）																													出勤	有給																									
	令和 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	計	日	日																					
	令和 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	計	日	日																					
	令和 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	計	日	日																					
	(1) 労務に服さなかった期間のうち賃金の支払状況（出勤した日、有給休暇の日を除く）																							給与の種類 ○をつける		日給 時間給		月給 その他（ ）		日給月給																										
	<input type="checkbox"/> 支給しない																							<input type="checkbox"/> 全部または一部支給した（する）																							給与締日		日		給与支払日		当月翌月		日	
	(2) 労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況を下欄に記入してください。																																																							
	支給期間		年 月 日 から							年 月 日 から							年 月 日 から							備考（計算方法等）																																
	種類		年 月 日 まで							年 月 日 まで							年 月 日 まで																																							
	基本給																																																							
通勤手当																																																								
手当																																																								
手当																																																								
計																																																								
【必須】以下の内容を確認して <input checked="" type="checkbox"/> してください。 ◎この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。																																																								
備考欄		<input type="checkbox"/> ① 申請者本人（被保険者）が作成したものである。											<input type="checkbox"/> ② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。																																											
上記のとおり相違ないことを証明します。																																																								
令和 年 月 日																							担当者名																																	
事業所所在地																																																								
事業所名																																																								
事業主名																									電話 — —																															

療養担当者の証明欄	患者氏名																													
	傷病名																								療養の給付 開始年月日	令和 年 月 日				
	発病または 負傷年月																								発病又は 負傷の原因					
	労務不能と 認められた期間	令和 年 月 日頃	発病 負傷	療養費用の 別	<input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 公費（ ）		転帰	<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止																						
	上記期間で 入院した期	令和 年 月 日から	日間	人工臓器 等を装着し たとき	<input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他			<input type="checkbox"/> 繰越 <input type="checkbox"/> 転医																						
		令和 年 月 日まで	日間	人工臓器 等を実施又は人工臓器を装着した日	昭和・平成・令和 年 月 日																									
		令和 年 月 日から	日間	人工臓器等 の種類	<input type="checkbox"/> 人工臓器等	<input type="checkbox"/> 人工肛門	<input type="checkbox"/> 人工骨頭	<input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー																						
		令和 年 月 日まで	入院		<input type="checkbox"/> 人工関節	<input type="checkbox"/> 人工透析	<input type="checkbox"/> その他（ ）																							
	診療実日数	日	診療日を ○で囲んで ください	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																										
	労務不能（入院）期間中における「主たる症状および経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等（詳しく）																													
																							手術年月日		年 月 日					
																							退院年月日		年 月 日					
症状経過からみて従来の職種について労務不能と認められた医学的な所見（具体的に）																														
上記のとおり相違ありません																														
令和 年 月 日																														
医療機関所在地																														
医療機関の名称																														
医師の氏名																									電話 — —					

【事業主の方へ】

※ 事業主が証明する欄記載後、備考欄に、確認後チェックを入れて下さい。

【訂正について】

※ ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名（サイン）をご記入下さい。

受付印