

事業主が証明するところ	労務に服さなかった期間	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日	日間				
	労務に服さなかった期間中の分として、報酬を全額又は一部支給した場合又は、支給する場合	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日	の分として	支給金額	円		
		自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日	の分として	支給日額	円		
		自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日	の分として	支給金額	円		
		自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日	の分として	支給日額	円		
		自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日	の分として	支給金額	円		
		自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日	の分として	支給日額	円		
給与の種類・賃金計算	月給・日給・時間給・その他	締日	日	支払日	当月・翌月	日	
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 事業所所在地 事業所名称 事業主名							

※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、正しい内容と担当者の氏名(サイン)をご記入ください。

患者氏名						
療養を 担当した 医師が 意見を 記入する ところ	傷病名	① ② ③				
	発病または負傷の原因	① ② ③				
	発病または負傷した年月日	① 令和 年 月 日 ② 令和 年 月 日 ③ 令和 年 月 日	診療開始年月日	① 令和 年 月 日 ② 令和 年 月 日 ③ 令和 年 月 日		
労務不能と認められた期間	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日	日間	左の期間中の診療実日数	日間		
傷病の主な症状および経過概要	労務不能と認められた期間における「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) 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					
人工透析を実施又は人工臓器を装着したとき	人工透析を実施又は人工臓器を装着した日	昭・平・令 年 月 日				
	人工臓器等の種類	ア. 人工肛門 オ. 人工透析	イ. 人工関節 カ. その他 ()	ウ. 人工骨頭	エ. 心臓ペースメーカー	
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 電話番号						

※所在地・名称等はできるだけゴム印を使用してください。

※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)をご記入ください。

※ 初回及び復職時の申請には、申請期間とその期間前2ヶ月分の賃金台帳及び出勤簿写しを添付してください。

※ 障害年金受給者は年金証書の写し又は年金支払通知書の写しを添付して組合ください。(いずれも直近のもの)

令和6年12月2日