

事業主の証明欄	記号 - 番号	—	氏名	
	労務に服さなかった期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間		
	上期期間を含む月の勤務状況 出勤は○・有給は△・公休は公・欠勤は／で表示してください。			
	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		
	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		
	上記の期間に対して賃金を支給しました(します)か <input type="checkbox"/> はい(右欄記入) <input type="checkbox"/> いいえ	令和 年 月 日から 令和 年 月 日までの分		円
		令和 年 月 日から 令和 年 月 日までの分		円
	給与の種類・締日・支払日	月給・日給・時給・その他() ()日締切 / 当月・翌月()日払		
	上記の期間に対する通勤手当の支給について <input type="checkbox"/> 支給有(右欄記入) <input type="checkbox"/> 支給無	令和 年 月 日から 令和 年 月 日までの分 ()円を令和 年 月 日に支給		
		通勤手当の精算(休業期間の通勤手当の返金) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 令和 年 月 日から 令和 年 月 日までの分 ()円を令和 年 月 日に精算		
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				
事業主氏名			電話 — —	

療養を担当した医師の意見欄	患者氏名			
	傷病名	(1)	初診日	(1) 平成・令和 年 月 日
		(2)	(療養の給付開始年月日)	(2) 平成・令和 年 月 日
		(3)		(3) 平成・令和 年 月 日
	発病または負傷の年月日	令和 年 月 日	発病または負傷の原因	
	労務不能と認めた期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間	療養費用の別	健保・公費() 自費・その他
	うち入院期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間 入院	転帰	治癒・中止 繰越・転医
	※診療日および入院していた日を○で囲んでください			
	診療実日数	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	
	日	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	
	労務不能と認めた期間における「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) 手術年月日 令和 年 月 日 退院年月日 令和 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			
	人工透析を実施または人工臓器を装着したとき	人工透析の実施または人工臓器を装着した日	昭和・平成・令和 年 月 日	人工臓器等の種類 人工肛門・人工骨頭・人工透析・人工関節 心臓ペースメーカー・その他()
	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 — —			

※記入内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容を記入し、医師の署名又は押印をお願いします。