

○被保険者の資格を喪失した後の期間にかかるときの事業主証明はかかりません

事業主が証明するところ	労務に服さなかった期間	欠勤は○で、有給は△で、早退は早で、公休は公で、それぞれ表示して下さい。																	
	年月日から年月日まで日間	年月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	職場復帰	
			16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1. 復帰した年月日
		年月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	2. 復帰しない	
			16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
	支払の方法	日締切 当月翌月 日支払																	
	賃金形態	月給・日給・日給月給・その他()																	
	上記の期間中の報酬関係	全額支給した場合又は支給する場合	年 月 日から 年 月 日まで	の分 円(日額 円)												(月 日支払)			
		一部支給した場合又は支給する場合	年 月 日から 年 月 日まで	の分 円(日額 円)												(月 日支払)			
		現在まで支給したのか又は将来支給するのか	支給した・支給していない・支給する・支給しない																
上記のとおり相違ないことを証明します。																			
年 月 日																			
事業主 住所 氏名																			

療養を担当した医師が意見をかくところ	傷病名 (主病を○で囲んで下さい)																
	発病又は負傷の年月日	年 月 日	発病又は負傷の原因														
	療養の給付を開始した年月日	年 月 日															
	労務不能と認めた期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間	左の期間中の診療実日数													
	上の期間中に入院した場合はその期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間	入院の費用の別	健保・公費 自費・その他												
	人工臓器等の有・無	人工骨頭・人工関節・心臓ペースメーカー・人工弁・人工肛門・人工膀胱・尿路変更術・人工透析療法	装着・開始	年 月 日													
	傷病の主状態おもな経過概要 労務不能と認めた傷病の症状経過をわかりやすく記入して下さい。																
	うえのとおり相違ありません。 年 月 日																
	住所(所在地) 医師 医療機関名 氏 名 電話 - - 番																