



医療機関に記入を依頼して下さい。(医師の捺印は省略できます。)

|                             |                    |       |       |              |
|-----------------------------|--------------------|-------|-------|--------------|
| 患者氏名                        |                    | 傷病名   |       | 初診日          |
|                             |                    |       |       | 年 月 日        |
| 発病又は負傷の原因                   | 発病又は負傷した時期         | 原因    |       |              |
|                             | 年 月 日              |       |       |              |
| 労務不能と認められた期間                | 年 月 日 ~ 年 月 日まで 日間 |       |       | 診療日数         |
| うち入院期間                      | 年 月 日 ~ 年 月 日まで 日間 |       |       | 日            |
| 傷病の症状経過からみて労務不能と認められた医学的な所見 |                    |       |       | 療養費用の別       |
|                             |                    |       |       | 健保・自費・公費・その他 |
|                             |                    |       |       | 転帰           |
|                             |                    |       |       | 治癒・中止・継続・転医  |
| 上記のとおり相違ありません。              | 医療機関               | (所在地) | 医師の氏名 |              |
| 年 月 日                       |                    | (名称)  |       |              |

○初回のみ給与規程(写)を添付して下さい。

事業主に記入を依頼して下さい。

|  |   |                            |                                     |            |                               |
|--|---|----------------------------|-------------------------------------|------------|-------------------------------|
| 被保険者氏名   |   | 生年月日                       | 年 月 日                               | 年齢         | 歳                             |
| 労務に服さなかった期間                                    | 年 月 日 ~ 年 月 日まで 日間  |                            |                                     |            |                               |
| 勤務状況 【出勤は○】【有給は△】【公休は●】【欠勤は/】とし、それぞれ赤で表示して下さい。 |   |                            |                                     | 出勤         | 有給                            |
| 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          | 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 |                            |                                     | 日          | 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 |                            |                                     | 日          | 日                             |
| 上記の期間を含む賃金計算期間の支給状況を記入して下さい。                   |   | 給与の種類 (月給・日給・週給・時給・その他[ ]) |                                     |            |                               |
| 区分   | 期間  | 単価 (円)                     | 月 日 ~ 月 日分                          | 月 日 ~ 月 日分 | 月 日 ~ 月 日分                    |
|  |   |                            | 支給額 (円)                             | 支給額 (円)    | 支給額 (円)                       |
|  | 基本給   |                            |                                     |            | 賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)について記入して下さい。 |
|  | 通勤手当  |                            |                                     |            |                               |
|  | 手当  |                            |                                     |            |                               |
|  | 手当  |                            |                                     |            |                               |
|  | 手当  |                            |                                     |            |                               |
|  | 計   |                            |                                     |            |                               |
| 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                         | <input type="checkbox"/> 健保事務担当者確認欄 |            |                               |
|  |   | 名称                         |                                     |            |                               |
|  |   | 氏名                         |                                     |            |                               |
| (※) 事業主の押印は省略できます。                             |   |                            |                                     |            |                               |