



◎被保険者記入欄 (担当医師への意見依頼前に記入)			
被保険者記号	○	番号	○○○
被保険者氏名	三葉 健太		
申請期間	令 ○○年○○月○○日 令○○年○○月○○日		

事業主の証明欄	(12) 労務に服さなかった期間	記入例: 欠勤(報酬無)は[/]・有給(休)は[有]・遅早退は[遅]/[早]・会社の休日は[休]																														
	月 日	※申請月の1日～末日の勤怠状況を明記																														
	月 日																															
	計 日間																															
	(13) (12)の期間中における報酬の支給状況	基本給	すでに支給したか、又は、これから支給するときは 令和 年 月 日から 金 円 令和 年 月 日まで ( 月 日支払) 予定・済																													
	諸手当	通勤手当	手当	手当	手当	前払退職金	現物支給			計	円																					
		住宅									円																					
											円																					
	現在の状況	<input type="checkbox"/> 休職中 <input type="checkbox"/> 復職・復職予定(令 年 月 日) <input type="checkbox"/> 退職・退職予定(令 年 月 日) (所在地および名称は手書き不可です。必ずゴム印等を押印ください。) 上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 事業所の所在地・名称 事業主の氏名																														

**事業主 証明上の注意**

1 (12)の労務に服さなかった日、(13)の報酬支給の有無は、出勤簿・賃金台帳等により正確に記入してください。

2 (13)の基本給・手当は「欠勤日数に関係なく全額支給したもの、労務に服さなかった期間(月)の報酬をそのまま記入してください。なお、手当の呼称が相違するときは、適宜事業所で使用している呼称に書きかえてください。

3 労務に服さなかった期間が三ヶ月以上にわたるときは、証明が(12)欄と同じものを作成し(12)欄上には、その箇所に事業主の割印をしてください。

療養を担当された医師の方へのお願い

担当医師の意見記入欄	(14)患者氏名	(男・女)																													
	(15)傷病名	(16)発病又は負傷の原因																													
	(17)発病又は負傷年月日	年 月 日	(18)療養の給付開始年月日	年 月 日																											
	(19)労務不能と認められた期間	令和 年 月 日から	日間	左の期間中の診療実日数	(24) 日																										
		令和 年 月 日まで		左の期間中の最終診療日	(25) 月 日																										
				最終診療日の投薬日数	(26) 日																										
	(20)入院の場合はその期間	令和 年 月 日から	日間																												
		令和 年 月 日まで																													
	(21)・(19)の期間中における『主たる症状および経過』『治療内容、検査結果、療養指導』等	症状経過からみて労務不能と認められた医学的な所見 (未受診の場合も必ずご記入ください)																													
		上記のとおり相違ありません。(所在地および名称は手書き不可です。必ずゴム印等を押印ください。) 令和 年 月 日 所在地 保険医療機関の 名称 医師氏名 電話番号																													

1 できるだけめれなく記入してください。

2 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、正しい内容と氏名(サイン)をご記入ください。

3 (18)の「療養の給付開始年月日」は同一疾病又は前に受診している傷病に起因するときは前の傷病の開始日を記入してください。