

療養の為労働に服さなかった期間	年 月 日から	日間	左記の休業期間の内訳	欠勤	有給	公休	その他	出勤日			
	年 月 日まで								年 月 日	年 月 日	年 月 日
上記期間中の報酬の支給の有無一部の間について支給した(する)場合を含む(いずれかに○)	ア. 基本給・手当のいずれも支給しない	当該被保険者の給与形態○印			給与の締切日			給与の支給日			
	イ. 基本給・手当とも支給した(する)										
	ウ. 基本給のみ支給した(する)	月給 ・ 日給 月給			毎月			当月・翌月			
	エ. 手当のみ支給した(する)	日給 ・ その他			日～ 日			日			
事業主が記入するところ	上記の労働に服さなかった期間について報酬の全部または一部を支給した(する)場合。	基本給	年 月 日 ～	年 月 日	円						
		家族手当	年 月 日 ～	年 月 日	円						
		通勤手当	年 月 日 ～	年 月 日	円						
	月を単位として支給するものについては、支給の締切期間ごとに1ヵ月分の額を記入して下さい。(この場合、締切期間内に出勤した期間があるときは、その出勤した期間を含めて1ヵ月分の額を記入してください。)		年 月 日 ～	年 月 日	円						
			年 月 日 ～	年 月 日	円						
			年 月 日 ～	年 月 日	円						
			年 月 日 ～	年 月 日	円						
			年 月 日 ～	年 月 日	円						
			年 月 日 ～	年 月 日	円						
			年 月 日 ～	年 月 日	円						
			年 月 日 ～	年 月 日	円						
			年 月 日 ～	年 月 日	円						
現在までも又は将来も支給しない場合はその旨											
上記のとおり相違ないことを証明します。											
年 月 日											
事業所名称											
所在地											
事業主氏名											

療養を担当した医師が意見を書くところ	傷病名										
	発病又は負傷の年月日	年 月 日	療養の給付を開始した年月日	年 月 日							
	発病又は負傷の原因										
	労務不能と認められた期間	年 月 日から	日間	左の期間中の診療実日数	日間						
	傷病の主状態及び経過概要	人工透析または人工臓器等を装着した時	人工透析を実施 又は人工臓器を装着した日			年 月 日					
		人工臓器等の種類	人工肛門	人工膀胱	人工関節	人工骨頭	心臓ペースメーカー	その他()			
	うえの期間中入院した期間	年 月 日から	日間	入院費用別	健保・公費・自費・その他						
	うえのとおり相違ありません。										
	年 月 日										
	住所(所在地)										
医療機関名											
医師氏名											
電話番号 ()											