

氏名			Ⓜ		※1 2枚目印刷のときは必ず記入押印して下さい。(裏・2枚目)	
事業主の証明	労務に服さなかった期間	自平令 至平令	年 年	月 月	日 日	日間
	上記期間中の分として支払う報酬額	自平令 至平令	年 年	月 月	日 日	日間 全額 年休・有給
		自平令 至平令	年 年	月 月	日 日	日間 一部支給額 円
		平令	年	月	日より無給	
上記の通り相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 事業主 住所 氏名 TEL						Ⓜ
療養を担当した医師の意見	傷病名			傷病又は負傷の原因		
	発病又は負傷の年月日	平令	年 月 日	療養の給付開始年月日	平令 年 月 日	
	労務不能と認められた期間	自平令 至平令	年 月 日 年 月 日	労務不能期間中の診療実日数	日間	
	傷病の主症状及び経過概要と入院期間	入院期間 年 月 日 ~ 年 月 日 日間				
	上記の通り相違ありません。 令和 年 月 日 医師 住所 医療機関名 氏名 TEL					
障害年金、障害手当金を受けているとき、又は受けることができるとき	年金の種別	障害年金・障害手当金	年金額	円	年金の支給事由となった傷病名	
	年金を受けることとなった年月日	年 月 日	障害年金を受けている場合は基礎年金番号・年金コード			
資格喪失者の任意継続被保険者の方	老齢又は退職を事由とする公的年金を受給していますか					はい・請求中・いいえ
	老齢年金の名称	基礎年金番号又は若年者年金コード	及番号	及び番号	受給年月日	年金額
					年 月 日	円
					年 月 日	円
			年金の合計額		円	