

療養を担当した医師が証明する欄	患者氏名																															
	傷病名	①													②																	
	療養の給付を開始した年月日	①	平成	年	月	日	②	平成	年	月	日																					
	発病または負傷の年月日	①	平成	年	月	日	②	平成	年	月	日																					
	労務不能と認められた期間	平成・令和 年 月 日 から 平成・令和 年 月 日 まで						日間	発病または負傷の原因																							
	診療実日数 (診療日を○印)	平・令 年 月			手術年月日			平・令 年 月 日			退院年月日			平・令 年 月 日																		
		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																														
		平・令 年 月																														
	傷病の主症状および経過・概要 (療養のため労務不能と認められた理由)	※労務不能と認められた期間中における『主たる症状および経過』(治療内容・検査結果・療養指導等)等 (詳しく) また、診療実日数が無い場合で、『自宅療養を必要とする場合』はその旨																														
		※症状経過からみて従来の職種について労務不能と認められた医学的な所見																														
												転帰	月 日 現在 治癒・中止・継続・転医																			
上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日																																
所在地 医療機関 名称 医師氏名												電話番号 ( )																				

事業主が証明する欄	労務に服さなかった期間			平成・令和 年 月 日 から 平成・令和 年 月 日 まで 日間																														
	勤務表より次の表示をして下さい。病欠：「○」 有給休暇：「△」 公休日(会社が休みの日)：「赤○」 出勤日：「×」																																	
	平・令 年 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																														
	平・令 年 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																														
	平・令 年 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																														
	労務につかなかった期間に、賃金を支払いました(します)か(該当を○印)												・はい ・いいえ																					
	報酬支払状況	支払内訳	正常勤務時の報酬	月 日 から 月 日 まで			月 日 から 月 日 まで			月 日 から 月 日 まで			給与形態(該当を○印)																					
		基本給		日分 円			日分 円			日分 円			・月給																					
		通勤手当	円	日分 円			日分 円			日分 円			・日給																					
		住宅手当	円	日分 円			日分 円			日分 円			・日給月給																					
家族手当		円	日分 円			日分 円			日分 円			・時間給																						
手当		円	日分 円			日分 円			日分 円			・その他																						
現物給与		円	日分 円			日分 円			日分 円			( )																						
総支給額		円	円			円			円			円																						
報酬支払日			月 日			月 日			月 日																									
担当部署・担当者氏名						担当連絡先						電話 ( )																						
上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日																																		
事業主						所在地 名称 氏名																												