

| | | | | | | | | |
|---|--------------------|--------------------------|----------|--------|------------|------------|-------|-------------------------|
| 事業主が証明するところ | 労務に服さなかった期間 | 平成 平成 | 年 年 | 月 月 | 日から 日まで | 日間 | | |
| | うえの期間中の分として支払う報酬関係 | (ア)全額支給した場合、または支給する場合 | 平成 平成 | 年 年 | 月 月 | 日から 日まで | の分として | 金 円 (日額金 円) (月 日支払) |
| | | (イ)一部支給した場合、または支給する場合 | 平成 平成 | 年 年 | 月 月 | 日から 日まで | の分として | 金 円 (日額金 円) (月 日支払) |
| | | (ウ)現在までもまた将来も支給しない場合はその旨 | | | | | | |
| うえのとおり相違ないことを証明します。 平成 年 月 日 事業主 住所 〒 氏名 印 | | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|--------------------|---|----------|--------|--------|------------|-----------------|---------------|----------|
| 療養を担当した医師が意見をかくところ | ① 傷病名 | | | | | | | |
| | ② 発病または負傷の原因 | | | | | | | |
| | ③ 発病または負傷の年月日 | 平成 | 年 | 月 | 日 | ④ 療養の給付を開始した年月日 | 平成 年 月 日 | |
| | ⑤ 労務不能と認めた期間 | 平成 平成 | 年 年 | 月 月 | 日から 日まで | 日間 | ⑥ 左の期間中の診療実日数 | 日間 |
| | ⑦ 傷病の主状態および経過概要 | | | | | | | |
| | ⑧ うえの⑤の期間中に入院した期間がある場合はその期間 | 平成 平成 | 年 年 | 月 月 | 日から 日まで | 日間 | ⑨ 入院の費用の別 | 健保・自費・公費 |
| | うえのとおり相違ありません。 ⑩ 平成 年 月 日 医師 ⑪ 住所 〒 ⑫ 氏名 ⑬ 印 電話 () | | | | | | | |