

※健保使用欄

資格取得日	年	月	日	標報	千円
資格喪失日	年	月	日	在籍・喪失後	

事業主が証明するところ	期間	令和	年	月	日から	賃金	日締	被保険者の																											
		令和	年	月	日まで	支払日	日払	業務内容																											
	上記期間について詳細にご記入ください(出勤は○で、有給は△で、公休は公で、欠勤は／でご記入ください)																																		
	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			
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				
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				
欠勤控除の有無	有 ⇒ 算出方法を記入	欠勤控除の算出方法	控除額	$\frac{\text{基本給} \cdot \text{通勤手当} \cdot \text{役職手当} + \text{その他(手当)}}{\text{基礎日数}} \times \text{欠勤日数}$		円	÷	日	×	日																									
うえのとおり相違ないことを証明します。										令和	年	月	日																						
事業所所在地																																			
事業所名																																			
事業主名																																			
電話										() 番																									

この請求書に記載されている個人情報には支給決定のみ利用し、第三者には提供いたしません。この請求書に記載されている個人情報は支給決定のみ利用し、第三者には提供いたしません。この請求書に記載されている個人情報は支給決定のみ利用し、第三者には提供いたしません。

療養を担当しただけの医師が意見をかくところ	傷病名	①	初診年月日	①	年	月	日				
		②	(療養開始年月日)	②	年	月	日				
		③		③	年	月	日				
	発病・負傷の原因		発病・負傷年月日	平成・令和	年	月	日				
	(イ) 労務不能と認められた期間	令和	年	月	日	日間	左の期間中の	日間			
	(イ)の期間中に入院した期間	令和	年	月	日	日間	診療実日数	日間			
	(イ)の期間中に入院した期間	令和	年	月	日から	転帰	治療・継続・中止・転医				
	(イ)の期間中に入院した期間	令和	年	月	日まで						
	(イ)の労務不能と認められた期間に対する主症状	≪投薬・検査・手術・療養の指示内容など、詳細に記入してください≫ 投薬 : 有 ⇒ () 通院指導 : 有 ⇒ () 無 () を 日分 の有無 : 無 (週間 / 回)									
	(イ)の期間に行った療養の内容	検査手術内容 : 療養の指示内容 : 経過概要									
(イ)の期間の診察から従前の職種にて労務不能と認められた医学的所見											
うえのとおり相違ありません。							令和	年	月	日	
医療機関所在地											
医療機関名											
医師氏名											
電話							() 番				
社会保険労務士の提出代行者印											