

事業主が証明するところ	労務に服さなかった期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで 日間					
	上記期間中に報酬支払いはありましたか？	あり ・ なし	→「あり」の場合は下記を記入してください				
	上記の期間中の分として、を全額又は一部支給した場合は支給する場合	The space the business owner writes					支給額
	賃金計算	締日	日/支払日	日	給与の種類	月額・日額・日給月給・時間給・歩合給・その他	
上記のとおり相違ないことを証明します。						令和 年 月 日	
所在地							
事業主 名称							
氏名							
電話							

療養を担当した医師が意見をかくところ	傷病名						
	発病又は負傷年月日	令和 年 月 日					
	療養の給付を開始した年月日	令和 年 月 日					
	発病又は負傷の	The space the physician in charge writes					
	労務不能と認められた						日間
	傷病の経過概要						
	入院した期間がその期間	令和 年 月 日 から					日間
入院した期間は	令和 年 月 日 まで						
上記のとおり相違ないことを証明します。						令和 年 月 日	
医療機関所在地							
医療機関名							
医師の氏名							
電話							

社会保険労務士の提出代行者の印	印
-----------------	---