



事業主が証明する欄	賃金形態及び賃金締切日	形態	月給・日給月給 日給・時間給・その他	毎月 当月 翌月	日締切り 日支払
	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	
	※ 出勤は○で、有給は△で、公休は公で、欠勤は／でそれぞれ表示願います。				
	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	計	出勤 日	有給 日
	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			
	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	計	出勤 日	有給 日
	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			
	上記の期間に対して、賃金を支給しました(します)か。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				
	支給した賃金について	<input type="checkbox"/> 基本給 <input type="checkbox"/> 住居手当 <input type="checkbox"/> 扶養手当 <input type="checkbox"/> 資格手当 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ※欠勤控除が翌月以降の場合は、控除した月の賃金台帳(写)、欠勤控除計算方法の添付も願います。			
	通勤手当	[ 年 月 日 ~ 年 月 日 ] 1・3・6・( )ヶ月 <input type="checkbox"/> なし			
※ 労務に服することができなかった期間とその前1ヶ月分の賃金台帳(写)、出勤簿(写)、欠勤控除計算方法の添付をお願いします。					
※ 今回の申請は労災保険から休業補償給付を受けている期間のものですか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 労災申請中 「はい」または「労災申請中」と答えた場合記入願います。 労働基準(確認日) 監督署 平成 年 月 日 (労基担当者氏名)					
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 住所 事業主の 氏名 <span style="float: right;">印</span>					
事業所の担当者氏名			連絡先部署及び電話番号		

療養を担当した医師が意見をかくところ	患者氏名				
	傷病名				
	発病または負傷の年月日	年 月 日	療養の給付を開始した年月日	年 月 日	
	発病または負傷の原因				
	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	左の期間中の診療実日数	日間
	傷病の主状態および経過概要				
	うえの期間中に入院した期間がある場合はその期間	平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで	日間		
	上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日 〒 所在地 医師 医療機関名 氏名 電話				