

必ず、1ヶ月(暦月)単位で、全ての項目を記入してもらってください。

療養を担当した医師が意見を書くところ	発病・負傷の年月日	平成・令和 年 月 日	診療を開始した年月日	平成・令和 年 月 日
	発病・負傷の原因			
	労務不能と認めた期間	令和 年 月 日 令和 年 月 日	左の期間中の 診療実日数	日間
	労務不能である状況がどのようなものであるか 傷病の主状態及び経過概要、今後の見通しについて具体的に詳しく	この期間の身体状態		
		前月の症状との比較		
		今月の治療状況		
	今後の見通し			
入院期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 日間			
上記のとおり相違ないことを証明します。 住 所 医 師 医療機関名 氏 名 TEL - -				

発病・負傷の原因が業務上と思われる記載の場合、健康保険の対象外となります

必ず記入してもらってください

1ヶ月単位で記入してもらってください

「医師」の意見を書いていただき、署名を貰ってください。
※初回のみ医師の診断書(コピー)が必要です

実際の出勤状況を記入してください
※クリエイティブ休暇の場合も有給休暇と同じく「△」で記入してください

賃金の支給がない場合
・その期間
・理由
減給の場合
・その期間
・理由
・減給の旨を記入してください

請求期間に対して支払われた金額を記入してください

※1ヶ月単位(1日~末日)で記入
※月末締めでない場合は、1日~末日の期間に計算直して記入
※欠勤減額が翌月に反映される場合でも、当該月に反映させていただきます

被保険者が実際に会社を休んだ期間を記入してください
※被保険者・医師・事業主の記載

従業員区分を記入してください

正常勤務時に通常支払われる予定であった金額を記入してください
※パート勤務等で毎月の支給額が異なる場合は、当該月に正常に勤務した場合の金額を記入
※通勤費等も必ず記入
※通勤費が複数月分まとめて支給される場合には、1ヶ月分相当の金額に換算して記入

担当者の氏名を記入してください

事業所・事業主氏名を記入してください

事業主の証明するところ	労務に服さなかった期間	令和 1 年 12 月 1 日から 令和 1 年 12 月 31 日まで 31 日間																																
	出勤状況	出勤日は「○」、有給休暇は「△」、公休は「公」、欠勤日は「/」でそれぞれ表示して下さい。 ※初回申請時は、前月の出勤状況も記入してください。																																
		対象年月	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	
		令和 1 年 12 月	公	/	/	/	/	/	公	公	/	/	/	/	/	公	公	/	/	/	/	公	公	/	/	/	/	/	公	公	公	公		
	令和 年 月																																	
	支給なし期間	令和 1 年 12 月 1 日 ~ 令和 1 年 12 月 31 日 (31 日間)																																
	支給しない理由(規定第20条)	給与規定第20条 病欠3ヶ月以内の適用により減額																																
	従業員区分	正社員																																
	賃金の支給形態	月給 / 日給(日給月給を含む) / 時給 () 円																																
	賃金の計算期間	12 月 1 日 ~ 12 月 31 日																																
全額又は一部を支給した場合	賃金の種別	正常勤務時の報酬																																
	月給(基本給)	300,000 円																300,000 円																
	日給(日給月給)/時給																																	
	通勤手当																																	
	食事手当																	150,000 円																
	住宅手当	8,700 円																8,700 円																
	復職支援手当																																	
	欠勤減額																	150,000 円																
総支給額	333,700 円																183,700 円																	
上記記載担当者(事業所社長担当者氏名)	八王子 花子																内線	789-1234																
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 名称																※ 受付印																		
代表者氏名																																		