

事業主が証明するところ	⑯ 労務に服さなかった期間		令和 令和	年 年	月 月	日から 日まで	日間				
	⑰ 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	令和 令和	年 年	月 月	日から 日まで	の分として	金 ( 月	円 日支払)	( 日額 金	円 )
		(イ) 一部支給した場合、または支給する場合	令和 令和	年 年	月 月	日から 日まで	の分として	金 ( 月	円 日支払)	( 日額 金	円 )
		(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。  令和 年 月 日  事業主 ⑱ 住所 〒 ⑲ 氏名											

療養を担当した医師が意見をかくところ	⑳ 傷病名											
	㉑ 発病または負傷の原因											
	㉒ 発病または負傷の年月日		令和 年 月 日	㉓ 療養の給付を開始した年月日		令和 年 月 日						
	㉔ 労務不能と認めた期間		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間	㉕ 左の期間中の診療実日数							日間
	㉖ 傷病の主状態および経過概要											
	㉗ うえの ㉔ の期間中に入院した期間がある場合はその期間		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間	㉘ 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 令和 年 月 日  医師 ⑪ 住所 〒 ⑫ 氏名  電話 (                      )												