

事業主が証明するところ	⑯ 労務に服さなかった期間		年	月	日から	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	年	月	日から	日まで	の分として	金 円 ( 月 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	年	月	日から	日まで	の分として	金 円 ( 月 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。								
<p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">事業主 ⑱ 住所 〒</p> <p style="text-align: center;">⑲ 氏名</p> <p style="text-align: right;">⑳ 印</p>								

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		年	月	日	㉓ 療養の給付を開始した年月日	年	月	日
	㉔ 労務不能と認めた期間		年	月	日から	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		年	月	日から	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。									
<p style="text-align: center;">㉙ 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医師 ㉚ 住所 〒</p> <p style="text-align: center;">㉛ 氏名</p> <p style="text-align: right;">㉜ 印</p> <p style="text-align: center;">電話 ( )</p>									