

労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間の勤務状況および賃金支払状況等を記入してください。

- 『初回申請分』には、申請期間とその期間前1ヶ月分の賃金台帳と出勤簿の（写）を添付してください。役員などで出勤簿および賃金台帳がない場合は、役員報酬を支給しないこととする役員会議議事録のコピーを添付してください。

事業主が証明するところ	労務に服できなかった期間 (2回目以降は申請期間)		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間																																		
	勤務状況 (出勤は○で、有給は△で、公休は●で、欠勤は/でそれぞれ表示してください。)																																				
	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	出勤	有給	欠勤	公休	
	上記、労務に服することができなかった期間に対して、賃金を支給しました(します)か？										<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		給与の種類		月給・日給月給 日給・時間給		賃金計算		締日 支払日		末日 翌月 15日																
	●上記の期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況を記入してください。																																				
	支給した(する)賃金内訳	区分	支給期間		単価	月 日 ~ 月 日分		月 日 ~ 月 日分		月 日 ~ 月 日分		●賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)について記入してください。																									
						支給額		支給額		支給額																											
基本給			円	円		円		円																													
通勤手当			円	円		円		円																													
手当			円	円		円		円																													
計			円	円		円		円																													
上記のとおり相違ないことを証明いたします。																												令和 年 月 日		担当者氏名							
事業所所在地																																					
事業所名称																																					
事業主氏名																												Ⓜ		電話							

療養担当者が意見を記入するところ	患者氏名																															
	傷病名		療養給付開始年月日(初診日)		令和 年 月 日																											
	発病または負傷の年月日		発病負傷																													
	労務不能と認められた期間		発病または負傷の原因																													
	うち入院期間		療養費用の別		健保 自費 公費() その他 転 帰 治癒 繰越 中止 転医																											
	診療実日数		診療日を○で囲んでください。		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																											
					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																											
					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																											
	○上記の期間中における「主たる症状および経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等(詳しく)																															
	手術年月日 令和 年 月 日																															
退院年月日 令和 年 月 日																																
人工透析を実施または人工臓器を装着したとき																																
装着日 昭和 平成 令和 年 月 日																																
人工臓器等の種類																																
<input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工関節 <input type="checkbox"/> 人工骨頭 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー <input type="checkbox"/> その他()																																
○症状経過からみて従来の職種について労務不能と認められた医学的な所見																																
上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日																																
医療機関の所在地																																
医療機関の名称																																
医師の氏名 Ⓜ 電話																																