

事業主が記入するところ	⑱ 労務に服さなかった期間		令和 年 月 日から		日間																														
			令和 年 月 日まで																																
	⑲ 上記期間中の分として支払う報酬関係			⑳ 令和 年 月 日から		休暇																													
				令和 年 月 日まで																															
				㉑ 令和 年 月 日まで		欠勤																													
				令和 年 月 日		休職発令																													
	就労状況(出勤・・・○ 有給・・・△ 公休・・・× 欠勤・・・/ 早退・・・◎)																																		
	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	報酬があつたとみなす日数	報酬がなかつた日数
	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		日	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		日	日
㉒ うえのとおり相違ない事を証明します。																																			
令和 年 月 日																																			
住 所																																			
事業所名																																			
氏 名																																			

療養を担当した医師が意見を書くところ	㉓ 患者氏名						
	㉔ 傷 病 名						
	㉕ 発病または負傷の原因						
	㉖ 発病または負傷の年月日	<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	㉗ 療養の給付を開始した年月	<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日			
	㉘ 労務不能と認められた期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	㉙ 左の期間中の診療実日数	日間			
	㉚ 傷病の主状態および経過、概要	※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					
	㉛ 上の㉘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	日間	㉜ 入院の費用の別	健保・自費・公費・その他()		
		令和 年 月 日まで		㉝ 転帰	治癒・中止・繰越・転医		
	㉞ うえのとおり相違ありません。						
	令和 年 月 日						
名 称							
医療施設 所在地							
医 師 氏 名							

※審査の為、事業主及び担当医等に連絡をとらせて頂く場合があります。