

■療養を担当した医師に意見と証明をもらってください。

療養担当医師の意見	患者氏名		発病または負傷年月日	平・令	年	月	日					
	傷病名		療養を開始した年月日	平・令	年	月	日					
	発病または負傷の原因											
	労務不能と認められた期間	令和	年	月	日	から	日間					
		令和	年	月	日	まで	診療実日数					
							日					
	入院した場合はその期間	令和	年	月	日	から	令和	年	月	日	まで	日間
	傷病の主たる症状及び経過概要、治療内容等											
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												
上記のとおり相違ないことを証明します。			医療機関の所在地									
令和	年	月	日	医療機関の名称								
				医師の氏名								

■お勤め先の事業主に証明をもらってください。

事業主証明欄	被保険者氏名																																			
	勤務状況 ※申請期間のうち出勤、有給休暇等で報酬支給対象日に○を記入してください。											出勤	有給																							
	令和	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
	令和	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
	令和	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
	上記の期間に対して賃金を支給しました(します)か			はい		いいえ		賃金計算		締日																										
	給与の種類	月給	日給	日給月給		その他()		支払日		□当月																										
		時間給	歩合給							□翌月																										
	上記の期間中にかかる分として支払った報酬(給与・賃金等)	支給期間		支給額		支払日																														
		年	月	日	~	年	月	日	円		月		日																							
	年	月	日	~	年	月	日	円		月		日																								
	年	月	日	~	年	月	日	円		月		日																								
現在まで、または将来も支給しない場合はその理由																																				
賃金計算方法(欠勤控除等)																																				
上記のとおり相違ないことを証明します。			事業所所在地																																	
令和	年	月	日	事業所名称																																
				事業主氏名																																

【事業主の方へ】

- 労務に服さ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ご記入ください。
- 勤務状況は出勤簿の写しの添付があれば記入は不要です。
- 賃金台帳の写しを添付してください。

C&Rグループ健康保険組合