令和　　年　　月　　日

**休　 業　 証　 明　 書**

事業所名

代表者名　　　　　　　　　　　　　印

この度、当事業所に勤務する会員が休業いたしましたので、傷病休業見舞金の請求に

あたり、休業した期間等について次のとおり証明いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 請求者名 |  |
| 傷 病 名 |  |
| 休業期間 | **年 月 日（　）から　　 年 月 日（ ）まで（　　日間）** |
| （内　訳）  □ 入院期間  年 月 日（　）から　　 年 月 日（ ）まで（　日間）  □ 通院を含む治療(療養)期間  年 月 日（　）から　　 年 月 日（ ）まで（　日間）  □ その他期間  （内容　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  年 月 日（　）から　　 年 月 日（ ）まで（　日間） |
| 関係書類 | □ 治療費等の領収書  　　（写し　　別紙のとおり）  □ 入院・手術・通院等証明書（診断書）  （写し　　別紙のとおり）  □ 退院証明書  　　　（写し　　別紙のとおり）  □ 労働者災害補償保険　休業補償給付請求書・休業特別支給金支給申請書  　　　（写し　　別紙のとおり）  □ 健康保険　傷病手当金　支給申請書  　　　（写し　　別紙のとおり）  □ その他  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　） |