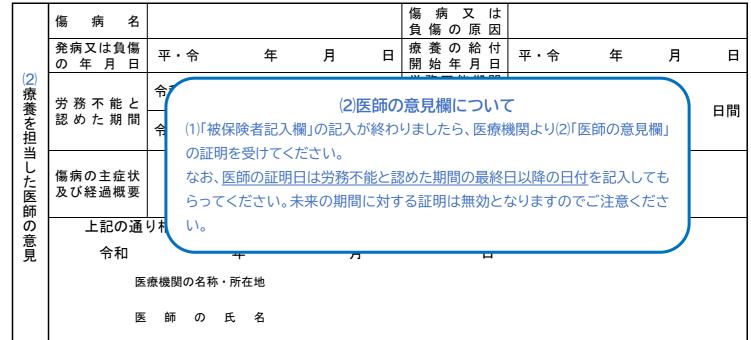


		労務に服さな	令和	年	月	日から	日間		
(3)事業主の証明欄		かった期間	令和		<u> </u>	日主で	H [H]		
		出勤は〇で、有	T.		(-) -	W 5 Inn.		給 : 日	
		年 月	(3)【事業主証明欄について】					8 29 30 3	31
		年 月	(1)「被保険者記入欄」及び(2)「医師の意見欄」の記入が完了しましたら お勤めの事業所へ提出し証明を受けてください。 ・被保険者等記号「311」の方					8 29 30 3	31
		年 月						8 29 30 3	31
	(3) 事	上記期間中の							
	業	分として	→Ξ	井物産人事サ	ポートセング	ター		円	
	の証	支払う金額	・被保険者等記号「323」以降の方						_
	明	上記のとおり	→お	勤めの事業所	担当者				
	欄		・被保	険者等記号「9	11」以降の7	方及び退職後請求の	方		
			→="	用意いただく	書類がござい	いますので提出前に	当組合までご連絡ください。	ļ ŧ	∃
		事業							
			TT A	7					
			氏名	5					



- * 太枠内にご記入いただき、各種証明を受けてください。
- この様式は被保険者が傷病の為に会社の勤務を休み、休んだ期間の報酬等の支払を減額又は受けられない場合に請求するものです。
- * この請求をするときは「療養を担当した医師の意見」の証明を受け、次に事業主の証明を受けて、組合に提出してください。
- * 傷病手当金は給与に代わって支給するものですので、請求は月単位又は給与の〆日単位で行ってください。
- * 事業所の担当の方は、提出の際に賃金台帳の写と出勤簿の写を添付してください。
- * 上記の賃金台帳の写には賃金の〆日と支払日を記載してください。
- * 公的年金の受給者は年金額がわかる書類の写を添付してください。

受付印