



事業主が証明する欄	労務に服さなかった期間		出勤は○、有給は△、公休は□、欠勤は×でそれぞれ示して下さい。																
	年 月 日から	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	出勤 日
	年 月 日まで	月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
	日間	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	有給 日
	月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			
上記期間中支給する全部		年 月 日から 年 月 日まで 日分																	
または一部の報酬と期間		報酬額 円 (日額 円)																	
備考																			
上記のとおり相違ないことを証明します。																			
年 月 日																			
事業所所在地																			
事業所名称																			
事業主氏名																			
医師の意見欄	傷病名									発病または負傷の原因									
	発病または負傷年月日			年 月 日			初診日			年 月 日									
	労務不能と認めた期間			年 月 日から			年 月 日まで			日間						診療実日数			
	入院の場合はその期間			年 月 日から			年 月 日まで			日間						日			
	傷病の主症状および経過の概要																		
	上記のとおり相違ありません。																		
年 月 日																			
医療機関の所在地																			
医療機関の名称																			
医師の氏名																			
電話番号 ( )																			

北海道電力健康保険組合理事長 殿