

事業主が証明するところ	労務に服さなかった期間	年 月 日 から 年 月 日 まで	日間	給与の締日 及び 支払日 日締 日払
	①全額支給した場合又は支給する場合	年 月 日 から 年 月 日 まで	の分として 金 月 円 (月 日支払)	
		年 月 日 から 年 月 日 まで	の分として 金 月 円 (月 日支払)	
	②一部支給した場合又は支給する場合	年 月 日 から 年 月 日 まで	の分として 金 月 円 (月 日支払)	
		年 月 日 から 年 月 日 まで	の分として 金 月 円 (月 日支払)	
③現在まで又は将来も支給しない場合は、その旨	年 月 日 から 年 月 日 まで	の分の報酬は、現在までも将来も支給しません。		
上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日				
所在地				
事業主 名 称				
氏 名				
電 話				

療養を担当した医師が意見をかくところ	傷 病 名				
	発 病 又 は 負 傷 年 月 日	年 月 日			
	療養の給付を開始した年月日	年 月 日			
	発 病 又 は 負 傷 の 原 因				
	労 務 不 能 と 認 め た 期 間	年 月 日 から 年 月 日 まで	日間	左の期間中の 診療実日数	日間
	傷 病 の 主 状 態 及 び 経 過 概 要				
	う え の 期 間 中 に 入 院 し た 期 間 が あ る 場 合 は そ の 期 間	年 月 日 から 年 月 日 まで	日間		
上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日					
医療機関所在地					
医療機関名					
医師の氏名 ◎ ※					
電 話					

※医師の押印は省略可能です。ただし、省略した場合は診療報酬明細書(レセプト)との突き合わせが完了してから支給となります。

社会保険労務士 記載欄	
----------------	--

受付日付印

【提出先】

- ・在籍者：返送キットの返信用封筒に書かれている宛先、申請から1ヶ月以上経ってもキットが届かない場合は内容を明記して askjphr@microsoft.com (日本マイクロソフト社人事本部) へ問い合わせ
- ・任意継続被保険者：〒108-0075 東京都港区港南2-16-3 品川グランドセントラルタワー マイクロソフト健康保険組合宛