

傷病休業保険金請求に関する休業期間の自己申告書

平成 年 月 日

東久留米市勤労市民共済会
会 長 殿

申告者

会員番号

						-					
--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--

事業所名

会員氏名

印

住 所

電話番号

私は、このたび保険金請求にあたり傷病の治療に専念するため下記の期間、休業していたことを申告します。

記

1. 傷 病 名 _____

2. 医療機関名 _____

3. 休業期間 平成 年 月 日から平成 年 月 日まで (日間)

	*入院・通院した日に○印、休業期間に [] をご記入ください。	休業日数
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	日間
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	日間
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	日間
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	日間
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	日間
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	日間

※ 領収書(写し可)と診断書(期間明記)を添付してください。

事業主証明欄

(この欄は、申告者が事業主と親族関係にない場合に、事業主にご記入ください。)
上記、記載内容に相違ないことを証明します。

平成 年 月 日

事業所名

事業主

印