

特別加入者災害証明書

① 労働保険番号	府県	所掌	管轄	基幹番号	枝番号
② 特別加入者	氏名	(男・女)			生年月日 年 月 日
	住所				
	職種	電話番号 () -			
③ 負傷発病	年月日	令和 年 月 日 (曜日)	午前	午後	時 分頃
④ 所定労働時間	午前 時 分から		午後	午前	午後 時 分まで
⑤ 負傷場所				工事の名称	
				元請施行業者名	
⑥ 災害発生が所定労働時間外または所定休日の場合には一緒に作業を行っていた者の職・氏名				職名	
				氏名	
⑦ 災害の原因及び発生状況					
⑧ 療養のため労働できなかった期間					
令和 年 月 日から () 病院で入院治療を受けていた。					
令和 年 月 日まで					
令和 年 月 日から 日間のうち 日間は通院治療を受け					
令和 年 月 日まで					
所要診療時間は 時間 分位かかりました。(1回の診療時間)					
通院治療中 令和 年 月 日から どのような症状() のため全く労働できないため自宅で療養していた。					
令和 年 月 日まで					
令和 年 月 日からは症状軽快したため軽労働、電話番、見積、集金、労働者の指揮・監督など経営の一部の仕事ができるようになった。					
労働者災害補償保険法施行規則第46条の27第2項の規定により上記のとおり相違ないことを証明します。					
令和 年 月 日					
現認者		住所			
証明者		氏名			
(続柄)					

*注 1. 記載すべき事項のない欄には斜線を引くこと。
 2. 災害の事実を確認したものと休業期間を証明する者とが異なる場合はそれぞれ証明すること。
 3. この証明書は、療養・休業など各補償請求書に添付すること。休業以外の請求については二回目以降省略してよい。