特別加入者にかかる**災害事実証明書**（労災則第４６条の２７、第２項）

|  |  |
| --- | --- |
| 労働保険番号 | －　　　－　　　　　－　　　　　　　　　　　　－ |
| ふりがな |  |
| 被災者の氏名 |  |
| 負傷・発病年月日 | 令和　　　年　　　月　　　日　午前・午後　　　時　　　分頃 |
| 災害発生の原因及び  発生状況 |  |

上記の通り相違ないことを証明します。

令和　　　年　　　月　　　日

住所

現認者の

氏名

(被災者との関係 )

電話番号　　　　　（　　　　　）

特別加入にかかる**休業証明書**（労災則第４６条の２７、第２項）

|  |  |
| --- | --- |
| 労働保険番号 | －　　　－　　　　　－　　　　　　　　　　　　－ |
| ふりがな |  |
| 被災者の氏名 |  |
| 療養のため労働  できなかった期間 | 令和　　　年　　　月　　　日から  令和　　　年　　　月　　　日まで　　　　日間のうち　　　　日 |

　上記の通り（入院・就床・通院）のため業務に全く従事できなかったことを証明します。

令和　　　年　　　月　　　日

住所

現認者の

氏名

(被災者との関係 )

電話番号　　　　　（　　　　　）