

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

()

特別加入者にかかる**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

()

(注) 災害事実証明書は1回のみ、休業証明は請求の都度添付してください。