

特別加入者の災害証明

事業場 所在地 _____
名称 _____
被災者 住所 _____
氏名 _____

1. 上記の者にかかる、休業（補償）給付請求書に記載した「負傷又は発病年月日」並びに「災害原因及び発生状況」は事実に相違ないことを現認し証明します。

現認者 職名 _____
氏名 _____

2. 特別加入承認を受けたときの被災者（特別加入者）の

(1) 業 務 内 容

(2) 就 業 時 刻

(3) 事業主との関係

(4) 給付基礎日額 （負傷年度の給付基礎日額）

は上記のとおりです。

令和 年 月 日

事業主 氏名 _____

労働基準監督署長 殿