特別加入者の災害証明

所在地

　　　　　　　　　　　　　　事業場

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　被災者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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

1. 特別加入承認を受けたときの被災者（特別加入者）の
2. 業　務　内　容
3. 就　業　時　刻
4. 事業主との関係
5. 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