

特別加入者の休業証明

所在地 _____
事業場 名称 _____
住所 _____
被災者 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

- (1) 業務内容
- (2) 就業時間
- (3) 事業主との関係
- (4) 負傷年度の給付基礎日額 ¥.....

は上記のとおりです。

事業主又は被災者氏名 _____

2 療養のための休業について

- (1) 入院期間 平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日
- (2) 上記の者に係る休業（補償）給付請求書に記載した療養のための休業期間については、
事実と相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

事務組合代表者又は労働者（事業主以外） _____

_____ 労働基準監督署長殿

（ご注意） 特別加入者の業務災害等に関する休業（補償）給付は、労働者の給付条件と異なり、特別加入者の所得喪失の有無にかかわらず、療養のため該事業又は該当作業について、全部労働不能であることがその支給事由となります。

特別加入者が入院治療期間及び就床療養（寝たきり）期間は給付の対象となりますが、通院加療の場合は、特別加入者の業務遂行が認められる範囲の業務又は作業の一部でも従事できる状態であれば全部労働不能には当たりません。

上記のことを考慮して休業（補償）給付を請求してください。