

独立行政法人福祉医療機構 理事長 様

共済契約者番号 ()

共済契約者名 _____ (印)

現 認 証 明 書

次のとおり、就業規則第 条 第 項にいう業務上の負傷（疾病）による療養のため休業したことを証明します。

1. 施設名称 _____ 施設番号 _____
2. 休業者 職員番号 _____ 氏名 _____ (生年月日 年 月 日)
3. 発生日時 平成 年 月 日
4. 発生場所 _____
5. 発生時の状況及び原因（※具体的に記入してください）
[_____]
6. 負傷（疾病）の内容 _____
7. 労災認定（有・無・申請中）（※○をつけてください）
8. 休業期間の給与支払（有・無）（※○をつけてください）
※休業期間中（業務上の負傷又は疾病によるもの）に給与が支払われている場合は「有」に該当しますが、健康保険の傷病手当金・年次有給休暇取得による給与支払は、「有」に該当しません。
9. 療養のための休業期間（ 年 月 日から 年 月 日）
※直前の4月から3月末の期間について記入してください。
10. 上記「3. 発生日時」と「9. 療養のための休業期間」にかかる休業開始日との間に日数間隔がある場合は、以下の該当する理由番号に○をつけてください。日数間隔が無ければ○をつけなくて構いません。
 - ① 実際に勤務していたため
 - ② 休業していたが、共済制度上、従事したとみなす日（年次有給休暇等）に該当していたため
 - ③ 休業していたが、共済制度上、従事したとみなす日に非該当なため
 - ④ 前年度も同じ業務上の負傷疾病のための現認証明書を提出しているため
 - ⑤ その他（ _____ ）
11. その他 ※通勤中又は業務中の交通事故の場合であって、労災申請はせず、事故の相手方による補償が出ている場合は、その旨をご記入ください。
(_____)

この証明書により、被共済職員が業務に起因し負傷又は疾病にかかり、療養のために共済契約対象施設等の業務に従事しなかった期間について、当該業務に従事したとみなす取り扱いとなりますので、当該職員の「被共済職員期間とならない月」のご報告の際は、ご注意ください。ただし、機構が当該証明書の内容確認後、全部又は一部について認められないと判断した場合は、必要に応じて「被共済職員期間とならない月」にご訂正させていただく場合がございます。

独立行政法人福祉医療機構 理事長 様

共済契約者番号 ()
共済契約者名



現 認 証 明 書

次のとおり、業務上死亡したことを証明します。

1. 施設名称及び施設番号
2. 休業者 職員番号 _____
氏 名 _____
生年月日 _____
3. 発生日時
4. 発生場所
5. 発生時の状況及び原因
6. 死亡年月日 年 月 日
7. その他

(添付書類)

- 1 労災保険の適用をうける者である場合
葬祭料（葬祭給付を含みます。）の支給決定通知書又は労働基準監督署の受付印のある「第三者行為災害届」（写）
- 2 労災保険の適用を受けない者である場合
 - (1) 労災保険の適用を受けない理由を記した書類
 - (2) 交通事故の場合は、所轄警察署長又は自動車安全運転センター所長の事故証明書
 - (3) 通勤災害の場合は、その者の住所、事故現場、その者の所属する社会福祉施設等の位置関係及び交通を明らかにした書類
 - (4) 出張中の事故による場合は、出張命令簿（写）