

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 (業務上の傷病で負った障害による退職)

1 退職者

氏 名	
職員番号	
生年月日	年 月 日

2 労災等該当の確認 (該当するもののカッコに○を記入)

- (1) 障害の原因となった傷病の労災等への該当
 ① 労災保険(障害給付、傷害補償給付、傷病補償年金)の給付決定がある
 ② 通勤中又は業務中の交通事故で、事故の相手方による補償がある
 ③ 法人として休業期間の給与を支給(※健康保険の傷病手当金・年次有給休暇対応は除く)
- (2) 障害の等級の認定
 ① 障害について認定済み(等級の証明可能)
 ② 障害の認定について申請中
 ③ 認定は受けていないが、相当する障害の等級を証明できる

注. 上記(1)と(2)に、それぞれ○がない場合は、業務上の傷病で負った障害による退職には該当しません。本紙の提出は不要です。

3 休業の状況

事故等の情報	発生場所
	発生時の状況及び原因(具体的に記入してください)
	傷病の内容
	傷害の等級 厚生年金保険法第47条第2項で規定する障害等級 () 級
	発生日 年 月 日
療養のための 休業期間	<p>事故等の発生日と休業期間の開始日に空白がある場合、以下の該当するものに○を記入してください。</p> <input type="checkbox"/> ① 実際に勤務していた <input type="checkbox"/> ② 療養開始日まで、年次有給休暇で対応した <input type="checkbox"/> ③ 療養開始日まで、欠勤で対応した <input type="checkbox"/> ④ その他 ()
休業期間中の給 与支給の根拠	(休業期間中の給与を支給する根拠となる法人の規則) 就業規則 第 条第 項

※ 療養のための休業期間は、各種届出において、当該職員が共済契約対象施設等に従事した日として扱ってください。