

休業損害証明書発行願

令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

大阪市長 様

局部担当名及び事業所 〇〇局〇〇部〇〇担当

氏 名 大阪 太郎

職 員 番 号 1234567

連絡先(電話番号) 06-1234-5678

※日中に連絡の取れる連絡先

【退職者は退職時の所属名・職員番号を記入し、以下も記入ください】

生 年 月 日 年 月 日

退 職 年 月 日 年 月 日

休業損害証明書確認事項 ※2～5は記入必須

- 指定用紙(休業損害証明書)は白紙のまま同封してください。 ※記入例等がある場合は同封してください。
- 提出先 (△△△生命 ※例：～損保、～生命 など)
- 休業補償費 補償を(ア. 受けた イ. 手続中 ウ. 受けない)
※休業補償とは地方公務員災害補償基金の休業補償費または共済組合の傷病手当金
- 事故発生日 令和 2 年 3 月 5 日
- 上記事故により仕事を休んだ期間 ※遅刻・早退した日を含む
令和 2 年 3 月 5 日 ～ 令和 2 年 5 月 25 日

上記事故により終日仕事を休んだ日に○、時間休・半休・遅刻・早退には△、所定の休日(振休・代休含む)は×をつけてください。

令和 2 年 3 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
令和 2 年 4 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
令和 2 年 5 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
令和 年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
令和 年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
令和 年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
令和 年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
令和 年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
令和 年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
令和 年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
令和 年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
令和 年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

事故により休んだ日のみ○をつけてください。

源泉徴収票 ※源泉徴収票が必要な方のみ記入してください。

6 令和 元 年分 各 1 通

その他連絡事項

7 連絡事項 ※必要な場合のみ記入してください。

(

8 送付先 ※退職者・休職者のみ記入してください。

(〒

※切手を貼付し、送付先を記載した返信用封筒を必ず同封してください。

総務事務センター受領印