

休業損害証明書発行願

年 月 日

大阪市長 様

局部担当名及び事業所

氏 名

職 員 番 号

連絡先(電話番号)

※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 ※すべて必須

1 指定用紙 (有 ・ 無) ※有の場合、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。

2 必要通数 (通)

3 提出先 () ※例：～損保 、～生命 など

4 休業補償費 休業補償費(地方公務員災害補償基金)または傷病手当金(共済組合)の
給付を受ける申請を (ア. する(予定含む) イ. しない)

5 事故発生日 平成・令和 年 月 日

6 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
平成・令和 年 月 日 ～ 平成・令和 年 月 日

上記事故により仕事を休んだ日に○、遅刻・早退には△、所定の休日には×をつけてください。(代休は×)

平成・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
平成・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
平成・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
平成・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
平成・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
平成・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
平成・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
平成・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
平成・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
平成・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
平成・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
平成・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

■ 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。

7 平成・令和 年分 各 通

■ その他連絡事項

8 連絡事項 ※必要な場合のみ記入してください。
()

9 送付先 ※退職者・休職者のみ記入してください。
(〒 -)

総務事務センター受領印