ご照会番号

前年度分源泉徴収票をここに貼ってください。
（源泉徴収を実施している事業所は、前年度の源泉徴収票を添付してください。）

休　業　損　害　証　明　書

（下記の必要箇所に記入または該当箇所に○印を付してください。）

給与所得者（パート･アルバイト含む。）

職種 役職		氏名		採用日	年　月　日

1. 上記の者は、自動車事故により、＿＿年＿＿月＿＿日 から ＿＿年＿＿月＿＿日 までの期間仕事を休んだ（遅刻・早退した日を含む。）

2. 上記期限の内訳は、

欠勤＿＿日　年次有給休暇（注）＿＿日　遅刻＿＿回　早退＿＿回

（注）労働基準法第39条に定める使途を限定しない年次有給休暇であって、必要に応じて自由な時期に取得できる休暇

3. 上記について休んだ日は下表のとおり

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
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
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

（注）休んだ日（年次有給休暇を含みます。）には○印を記入し、勤務先の所定の休日には×印を記入してください。

4. 上記休んだ期間の給与は、
ア. 全額支給した。　イ. 全額支給しなかった。
ウ. 一部　（支給）（減給）した。その額は、＿＿＿＿円

内訳 { 本　給は＿＿月＿＿日から＿＿月＿＿日分まで＿＿＿＿円
付加給は＿＿月＿＿日から＿＿月＿＿日分まで＿＿＿＿円

（注）支給または減給に○印を付し、その額および計算根拠（式）を記入してください。

〈計算根拠（式）記入欄〉

5. 事故前3か月間に支給した月例給与（賞与は除く。）は下表のとおり

	稼働日数	支給金額		社会保険料	所得税	差引支給額
		本　給	付加給			
年　月分						
年　月分						
年　月分						
計						

（注）① 給与所得者の場合、給与の毎月の締切日　：＿＿日
② パート・アルバイトの場合
所定勤務時間　：＿時＿分～＿時＿分（一日実働＿時間＿分）
給与計算基礎　：　月給、日給＿＿＿円、時給＿＿＿円

6. 社会保険（労災保険、健康保険等で、公務員共済組合を含む。）から　傷病手当金・休業補償費　の給付を
ア. 受けた（名称および電話番号は下表のとおり）　イ. 手続中　ウ. 受けない

名　称		電　話	（　）

上記のとおりであることを証明します。

年　月　日

所在地＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　電　話　（　）

商号または名称＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　担当者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代表者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 印　担当者連絡先　（　）