

傷病手当金支給終了証明書

以下の傷病について、傷病手当金の支給が終了していることを証明いたします。

| | | | | | | | |
|--------------|--------------|----|---|-----------|---|---|---|
| 被保険者 記号番号 | 記号 | 番号 | | | | | |
| 事業所名 | | | | | | | |
| 被保険者氏名 | | | | | | | |
| 被保険者資格取得日 | 年 | 月 | 日 | 被保険者資格喪失日 | 年 | 月 | 日 |
| 傷病名 | | | | | | | |
| 支給開始日 | 年 | 月 | 日 | 支給終了日 | 年 | 月 | 日 |
| 他制度との支給調整の有無 | 有 ・ 無 (制度名) | | | | | | |
| 備考 | | | | | | | |

保険者名 印
 住 所 〒
 電話番号 ()