

* 入院共済金のみの請求の場合は不要です。

消えないボールペンでご記入下さい

様式 10-17-01

休業証明書

医労連共済 御中

氏名		男・女	職種	
住所	〒 -			
入院や通院で治療の為、傷病で休業(欠勤)をした期間				
①	年	月	日～	年 月 日
②	年	月	日～	年 月 日
③	年	月	日～	年 月 日
④	年	月	日～	年 月 日
勤務先(学校)名 _____				
〒 - TEL ()				
勤務先(学校) 所在地 _____				
代表者の 役職名 _____ 氏名 _____				印
____年 ____月 ____日、上記の通り証明いたします。				

休業証明書

※捺印は公印でお願いします。

※訂正の場合、必ず公印による訂正印をお願いします。

- * 本件について医労連共済が必要とする事項がある場合、勤務先(学校)へ調査・照会することがあります。
- * 休業給付における休業とは、医師による治療が必要であり、かつ休業して通院し、医師の管理下において治療に専念することをいい、医師が必要と認めた期間をいいます。なお、時間休・早退など1日に満たない場合は休業の扱いとなりません。
- * 上記において証明される休業については、傷病により実際に勤務(学校)を休んだ期間をいい、有給・無給を問いません。したがって、公休日、国民の休日、年次休暇、夏期休暇、年末・年始休暇、産休、育休など各種の休暇中もふくめて証明をお願いします。

日本医労連共済は、当証明書にて知り得た個人情報は、共済事業のためにのみ使用します。詳しくはホームページの「個人情報保護に関する重要事項」をお読みください。

個人情報保護に関する重要事項

日本医労連共済は、受け付けた加入申込書、解約・変更届、共済金支払請求書やそれに伴う診断書等の証明資料によって知り得た個人情報は、加入者の管理、共済金の給付審査、および共済事業の運営に関わるデータ作成のみに使用し、それ以外の目的で使用する場合は、事前に加入者各人から同意を得て行います。

なお、全労連共済分担金管理部会に対しては給付審査に必要な個人情報を、火災共済の給付請求に対して査定を行っている査定センターに対しては、査定を行うために必要な個人情報を、また、加入者管理を目的としたコンピューターシステムの管理を行っている委託業者、集金代行を目的とした委託業者に対しては、目的業務の遂行上必要最低限の個人情報を提供しています。