

# 休業証明書

一般財団法人  
全国勤労者福祉・共済振興協会御中

氏名 \_\_\_\_\_ 男・女 \_\_\_\_\_ 年 月 日生 歳

〒 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

休業日 \_\_\_\_\_ 年 月 日から \_\_\_\_\_ 年 月 日まで \_\_\_\_\_ 日間

理由 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

上記の通り証明いたします。

年 月 日

所在地 \_\_\_\_\_

勤務先名 \_\_\_\_\_

代表者名 \_\_\_\_\_ (印)

# 承 諾 書

この度、一般財団法人 全国勤労者福祉・共済振興協会の保険契約の給付金請求にあたり、患者 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日生の傷病名・病状経過・治療内容及び既往の傷病歴等につき本書持参いたしました者に対して、詳細をお話しいただくことを承諾いたします。なお、本書については、複写でも本書と同じ効力があるものと認めます。

御説明・御証明いただきました事につきましては、以後何等異議の申し立てを致しません事を念のため申し添えます。

以上

年 月 日

承諾者

氏名 \_\_\_\_\_ 印 (上記患者との関係 \_\_\_\_\_)

住所 \_\_\_\_\_

※この承諾書は調査の際必要となりますので、ご契約者をご記入下さい。