

各種 証明書類

- 診断書（医療証明書）
- 承諾書
- 休業損害証明書
- 就労状況証明書
- 内定・復職予定証明書
- 通勤費不支給証明書

診断書（医療証明書）

カルテ番号																																	
氏名							男 女	M・T S・H	年	月	日生	歳																					
傷病名	①				②				③																								
診療期間	初診		年	月	日	初診		年	月	日	初診		年	月	日																		
	終診		年	月	日	終診		年	月	日	終診		年	月	日																		
	上記のうち				上記のうち				上記のうち																								
	入院		年	月	日	入院		年	月	日	入院		年	月	日																		
	退院		年	月	日	退院		年	月	日	退院		年	月	日																		
	転帰		年	月	日	転帰		年	月	日	転帰		年	月	日																		
(治療・中止・加療中・転医・死亡)																																	
発症・受傷時期	年 月 日頃				年 月 日頃				年 月 日頃																								
	1. 医師推定				1. 医師推定				1. 医師推定																								
2. 患者申告による				2. 患者申告による				2. 患者申告による																									
既往症の有無	1. なし		2. あり		傷病名()																												
前医または紹介医の有無	1. なし		2. あり		病院名()																												
原発事故による避難生活に起因の有無	<input type="checkbox"/> 避難生活により発症・受傷 <input type="checkbox"/> 避難生活により悪化 <input type="checkbox"/> 避難生活の影響なし <input type="checkbox"/> 不明 上記理由 ()																																
就労不能の有無	当該傷病による就労不能の有無						1. なし		2. あり																								
就労不能があったと考えられる期間 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日																																	
検査所見 症状経過 治療経過																																	
通院状況表	診療年月	上項の傷病名に関わる通院治療日(往診日も含む)に○印をつけてください。										各月合計																					
	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	日
	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	日
	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	日
	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	日
	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	日
	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	日
合計											日																						

上記のとおり証明(診断)します。

年 月 日

医療機関名

所在地

T E L

医師名



御中

承諾書

私は、平成23年3月11日に発生した東京電力福島第一原子力発電所及び福島第二原子力発電所における事故(以下、「本件事故」といいます)に伴う避難生活による生命・身体的損害に対する損害補償金の支払いの検討に必要な事実の確認のため、診察・治療または検査した医師(医療機関)が、本状を持参する東京電力株式会社の社員または委託会社である株式会社審調社の係員(確認担当者)に対して、下記の者に関する次に掲げられた項目を必要に応じて説明し、その証明書(診断書、医療照会状)を発行するとともに、カルテ・問診票・検査記録(画像診断フィルム等の記録も含む)・医療記録・看護記録等を開示・提供することを承諾します。

1. 傷病内容(傷病名・症状・治療内容・検査結果・入通院歴・既往症病歴など)
2. 治療経過詳細(医療記録・看護記録など)
3. 「本件事故」に伴う避難生活と傷病との因果関係

平成 年 月 日

【患者名】

〒 ー

住所

氏名

㊞

男 女

明治 大正 昭和 平成

年

月

日生

【代理承諾人】(患者が署名不能、未成年等の場合には当該欄にも署名・捺印ください)

〒 ー

住所

氏名

㊞

標記の方との続柄()

111099800



休業損害証明書

下記の必要箇所に記入又は該当箇所に○印、チェック☑を入れてください。

給与所得者(パート・アルバイト含む)

氏名		職種 役職		採用日	平成 昭和	年 月 日
雇用形態	<input type="checkbox"/> 期間の定めがない雇用形態 <input type="checkbox"/> 期間の定めがある雇用形態					
就労時間	<input type="checkbox"/> フルタイム就労(月平均140時間以上) <input type="checkbox"/> フルタイムより短い時間の就労					

1. 上記の者は、平成23年3月11日に発生した東京電力株式会社福島第一原子力発電所及び福島第二原子力発電所事故(以下、「本件事故」という)による傷病により、

平成 年 月 日から平成 年 月 日までの期間仕事を休んだ。

2. 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. 一部支給した

3. (2. でウを選択した場合に、ご記入ください)

一部支給した給与

平成 年 月分 _____円 平成 年 月分 _____円

平成 年 月分 _____円 平成 年 月分 _____円

平成 年 月分 _____円 平成 年 月分 _____円

平成 年 月分 _____円 平成 年 月分 _____円

平成 年 月分 _____円 平成 年 月分 _____円

平成 年 月分 _____円 平成 年 月分 _____円

上記のとおりであることを証明します。

平成 年 月 日

所在地 _____ 電話 _____

商号又は名称 _____ 担当者名 _____

代表者氏名 _____ (印) 担当者連絡先 _____

111099800



就労状況証明書

下記の必要箇所に記入又は該当箇所に○印、チェック☑を入れてください。

給与所得者(パート・アルバイト含む)

氏名		職種 役職	
給与所得者の 勤務先住所			
平成23年3月11日時点における雇用形態及び就労時間			
雇用形態	<input type="checkbox"/> 期間の定めがない雇用形態 <input type="checkbox"/> 期間の定めがある雇用形態		
就労時間	<input checked="" type="checkbox"/> フルタイム就労(月平均140時間以上) <input type="checkbox"/> フルタイムより短い時間の就労		

【1.就労期間】

上記の者は、以下の期間に当社に勤務していた。

昭和・平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで

【2.平成23年3月11日以降の就労状況】

(1)休業している期間

上記の者は、平成23年3月11日に発生した東京電力株式会社福島第一原子力発電所及び福島第二原子力発電所事故(以下、「本件事故」という)に伴う避難により、

平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 までの期間仕事を休んだ。

上記未就労期間の給与は、ア. 全額支給した イ. 全額支給しなかった ウ. 一部支給した

(2)時間短縮で勤務している期間

上記の者は平成23年3月11日に発生した本件事故に伴う避難により、

平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 までの期間時間短縮で勤務している。

上記時間短縮で勤務している期間の給与は、ア. 全額支給した イ. 一部支給した

(3)本件事故前と同様に勤務している期間

上記の者は以下の期間で本件事故前と同様の雇用形態で勤務している。

平成 年 月 日 から 平成 年 月 日

上記期間の給与は、ア. 全額支給した イ. 一部支給した

(注) 全額とは、本件事故以前の給与水準を継続して支払っている場合を指します。

【3.平成23年3月11日以降の退職予定】

上記の者は、平成23年3月11日時点で

ア. 平成24年3月10日までに定年退職の予定があった

平成 年 月 日 にて定年退職の予定となっていた。

イ. 平成24年3月10日までに定年退職の予定はなかった

上記のとおりであることを証明します。

平成 年 月 日

所在地 _____ 電話 _____

商号又は名称 _____ 担当者名 _____

代表者氏名 _____ 担当者連絡先 _____

印

111099800



内定・復職予定証明書

下記の必要箇所に記入又は該当箇所に○印、チェック☑を入れてください。

内定・復職予定者(パート・アルバイト含む。)

氏名		職種 役職		就労(復職) 予定日	平成	年	月	日
内定・復職予定者の 勤務先住所								
予定雇用形態	<input type="checkbox"/> 期間の定めがない雇用形態 <input type="checkbox"/> 期間の定めがある雇用形態							
予定就労時間	<input checked="" type="checkbox"/> フルタイム就労(月平均140時間以上) <input type="checkbox"/> フルタイムより短い時間の就労							

【1.内定・復職の状況】

上記の者は、平成23年3月11日時点で当社への内定もしくは復職が決定していた。

【2.平成23年3月11日以降の状況】

(就労開始を見送っている場合は(1)、就労開始が遅延した場合には(2)に記入してください。)

(1)就労開始の見送り

上記の者は平成23年3月11日に発生した東京電力株式会社福島第一原子力発電所及び福島第二原子力発電所事故(以下、「本件事故」という)に伴う避難により、

平成 年 月 日 時点では実際に勤務を開始していない。

(2)就労開始の遅延

上記の者は、

平成 年 月 日 に実際の勤務を開始した。

(3)標準年収

上記の者の勤務開始後の標準年収(額面給与)は、

円 である。

(注)パート・アルバイトの場合は以下で計算してください。

所定勤務時間: 時 分 ~ 時 分(一日実働 時間 分)

年間所定勤務日数(月数)②: 日、 月

給与計算基礎①:月給、日給 円、時給 円

標準年収①×②: 円

額面給与とは、雇用主との契約上の基本給のほか、残業代・各種手当・賞与等(交通費は含みません)を含めた所得税及び社会保険料控除前の給与をいいます。

上記のとおりであることを証明します。

平成 年 月 日

所在地 _____ 電話 _____

商号又は名称 _____ 担当者名 _____

代表者氏名 _____ (印) 担当者連絡先 _____

111099800



通勤費不支給証明書

下記の必要箇所に記入又は該当箇所に○印をつけてください。

給与所得者(パート・アルバイト含む。)

氏名		職種 役職		採用日	平成 昭和	年 月 日
給与所得者の 勤務先住所						

1.上記の者は、以下の期間に当社に勤務していた。

昭和・平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで

2.上記の者の通勤費を、支給していない。

3.通勤費の増加分を支給していない。

上記のとおりであることを証明します。

平成 年 月 日

所在地 _____ 電話 _____

商号又は名称 _____ 担当者名 _____

代表者氏名 _____ (印) 担当者連絡先 _____

111099800



