

明治安田生命保険相互会社 御中

DC 3570

|              |                             |       |
|--------------|-----------------------------|-------|
| 記入日<br>(証明日) | <input type="checkbox"/> 令和 | 年 月 日 |
|--------------|-----------------------------|-------|

就業不能給付金・特定精神障害給付金・初期支援給付金の請求にあたり、下記被保険者の就業不能状況につき、以下のとおり証明します。

|        |           |
|--------|-----------|
| 保険契約者等 | 団体名       |
|        | 代表者役職名・氏名 |

印

## 1. 証券番号・被保険者番号・被保険者カナ氏名

|          |                             |                             |                             |       |  |  |  |  |  |  |  |
|----------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-------|--|--|--|--|--|--|--|
| 証券番号     |                             |                             |                             |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者番号   |                             |                             |                             |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者カナ氏名 |                             |                             |                             |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 様        |                             |                             |                             |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日     | <input type="checkbox"/> 昭和 | <input type="checkbox"/> 平成 | <input type="checkbox"/> 令和 | 年 月 日 |  |  |  |  |  |  |  |

## 2. 業務内容および就業不能状況

・いずれかにチェック  ください ・就業不能の原因が事故の場合は受傷状況報告書もあわせてご提出ください

|         |   |
|---------|---|
| 業務内容    | <input type="checkbox"/> 協定書記載の業務   |
| 就業不能の原因 | <input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> 事故 <input type="checkbox"/> 不明 |

|        |     |                             |                             |       |
|--------|-----|-----------------------------|-----------------------------|-------|
| 就業不能期間 | 開始日 | <input type="checkbox"/> 平成 | <input type="checkbox"/> 令和 | 年 月 日 |
|        | 終了日 | <input type="checkbox"/> 平成 | <input type="checkbox"/> 令和 | 年 月 日 |

|   |                                   |
|---|-----------------------------------|
| 記入日現在復職していない場合は右に <input checked="" type="checkbox"/> をしてください | <input type="checkbox"/> 復職していません |
|---|-----------------------------------|