

休業証明書

日本医師会 会員氏名	
医療機関名・ 介護サービス事業所名	
補償対象施設名 ※上記項目と同じ場合は記入不要	
補償対象施設住所	〒 -
罹患対象者 ※該当箇所に✓をご記入ください (複数可)	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師
休診（休館）期間* 1	年 月 日 ~ 年 月 日
休業したことが分かる客観的資料	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> 張り紙等 <input type="checkbox"/> その他* 2

(* 1) 休診（休館）日や土日・祝日を含む連続 7 日以上の開院もしくは外来全面閉鎖（介護サービス提供の停止）をすること。

(* 2) 休業したことが分かる客観的資料をご提出いただけない場合は、保険金請求書等のご提出に併せて、以下の売上月報等をご提出いただき、売上減の有無を確認させていただく場合がございます。

・休業期間を含む当月分 ・休業期間の前年応答月分 ・休業期間の直近 3 か月分 等

上記の理由により、当該補償対象施設が、休診（休館）日を含む連続 7 日以上の開院もしくは外来全面閉鎖（介護サービス提供の停止）をしたことを確認しました。

年 月 日

【記入例】休業証明書

日本医師会 会員氏名	日医 太郎
医療機関名・ 介護サービス事業所名	医療法人 日医会
補償対象施設名 ※上記項目と同じ場合は記入不要	日医クリニック
補償対象施設住所	〒 113 - 8621 東京都文京区本駒込 2-28-16
罹患対象者 ※該当箇所に✓をご記入ください (複数可)	<input checked="" type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師
休診（休館）期間* 1	令和6年●月●日 ～ 令和6年●月●日
休業したことが分かる客観的資料	<input checked="" type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> 張り紙等 <input type="checkbox"/> その他* 2

(* 1) 休診（休館）日や土日・祝日を含む連続 7 日以上の開院もしくは外来全面閉鎖（介護サービス提供の停止）をすること。

(* 2) 休業したことが分かる客観的資料をご提出いただけない場合は、保険金請求書等のご提出に併せて、以下の売上月報等をご提出いただき、売上減の有無を確認させていただく場合がございます。

・休業期間を含む当月分 ・休業期間の前年応答月分 ・休業期間の直近 3 か月分 等

上記の理由により、当該補償対象施設が、休診（休館）日を含む連続 7 日以上の開院もしくは外来全面閉鎖（介護サービス提供の停止）をしたことを確認しました。

令和 6 年 ● 月 ● 日

● ● 医師会
会長 ● ● ● ● (印)