

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	〒 -	
休診（休館）の理由 ※該当箇所に✓をご記入ください (複数可)	発生事由	<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルスに感染 <input type="checkbox"/> 濃厚接触者と判定
	対象者	<input type="checkbox"/> 対象者は当該施設の職員である
休診（休館）期間	年 月 日 ~ 年 月 日	

(*) 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。

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	
休診（休館）の理由 ※該当箇所に✓をご記入ください (複数可)	発生事由	<input checked="" type="checkbox"/> 新型コロナウイルスに感染 <input type="checkbox"/> 濃厚接触者と判定
	対象者	<input checked="" type="checkbox"/> 対象者は当該施設の職員である
休診（休館）期間	令和 5 年 ● 月 ● 日 ~ 令和 5 年 ● 月 ● 日	

(*) 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。

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 5 年 ● 月 ● 日

● ● 医師会
会長 ● ● ● ● (印)

※医師会の署名・捺印は、担当理事名または事務局長名でも結構です。