

就業不能状況申告書

日産労連・全国労働者共済生活協同組合連合会（こくみん共済 coop）御中

（注）この書類は医療機関へ依頼する書類ではなく、契約者（被共済者）様にご記入いただくものです。

ご記入日：20 年 月 日

契約者（被共済者） 氏名	フリガナ	生年 月日	年 月 日
上記職業に全く従事 できなかった期間	20 年 月 日 ~ 20 年 月 日		
	20 年 月 日 ~ 20 年 月 日		

病気の場合		
最初に体調不良を 感じられた時	20 年 月 日 頃	その時の症状・経過
最初に医師の診察を 受けられた日	20 年 月 日	その時の症状・経過
就業ができなくなった日	20 年 月 日	その時の症状・経過

ケガの場合
共済金請求書のC欄 事故発生状況報告欄へ、ご請求の原因となった事故についてご記入ください。