

健康保険組合		
長	長	担当者

受付年月日

事業主側経由所属		
長	長	担当者

関西電力健康保険組合 常務理事 殿

無給休職者該当報告書			
被保険者番号		被保険者氏名	
休職事由		休職開始日	
給与の状況			
ア. 賃金なし			
イ. 賃金あり			
〔 支給率、期間等を記入下さい。 〕			
備考			
上記のとおり報告します			
令和 年 月 日			
事業主 代理人 職氏名			

ご記入いただいた個人情報は、当該の利用目的以外には使用いたしません。

(令和3年5月)