

休職確認書

年 月 日

殿

〇〇〇 株式会社
代表取締役 〇〇 〇〇

当社就業規則第〇条（休職）〇項〇号に基づき、貴殿に休職を命じます。
貴殿の休職期間中における取扱いは、下記の通りになりますので、ご確認下さい。

記

1. 休職期間は、年 月 日から 年 月 日迄であること。
2. 会社は、必要に応じて、休職期間満了日迄の間に貴殿との連絡（面談を含む）、あるいは診断書の提出を求められることがあること。
3. 会社は、必要に応じて、休職期間満了日迄の間に、貴殿の家族と連絡（面談を含む）を取り合うことがあること。
4. 休職期間中は、少なくとも1ヶ月に1回以上、会社に対して、近況の報告を行うこと。
5. 休職期間中に発生する社会保険料の本人負担分については、当月分を翌月〇日までに、所定の口座に振り込むこと。
6. 復職予定日、または休職期間満了日の〇週間前までに、主治医の診断書を会社に持参し、人事担当者と同面談すること。
7. 前項の面談の結果、休職期間満了日以降において、復職可能であると会社が判断した場合は、会社所定の手続きを経て、復職となること。なお、復職後の職務については、会社がその都度定めるものとする。
8. 復職の判断をするにあたり、会社が必要と認める場合は、会社指定医による検診、意見聴取、あるいは診断書の作成等を命じることがありますが、その場合、これに従うこと。
9. 前項について、正当な理由なくこれを拒否した場合、第6項の診断書を、休職事由が消滅したか否かの判断材料として採用しないことがあること。
10. 復職の判断基準である治癒とは、健康時に行っていた通常の業務を遂行できる程度に回復し、且つ復職後再発の予見可能性が低い状態をいうものであり、主治医の診断書に加えて、必要に応じて、会社指定医の診断も参考の上、会社が決定するものであること。
11. 前6項の面談の結果、休職期間満了日以降において、完全な労務提供が困難と判断された場合、あるいは、本人の都合により、面談を実施することができなかった場合、年 月 日をもって当然退職となること。
12. 休職期間中は、傷病手当金を申請するものとし、会社はその間の給与は支給しないこと。

-----以上-----

上記確認事項に関して、会社より説明を受け、その内容について同意致します。

年 月 日

氏名 _____ 印