年　　月　　日

休職取扱通知書兼同意書

　　　　　　　　　　　殿

　　　　　　事業主名

　　　　　　代表者名　　　　　　　　　　　印

　　　　　　貴殿から　　年　　月　　日に休職の申請がありましたが、当該休職の取扱いを下記のとおり通知します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 1　休職の期間等 | 年　　月　　日から　　　年　　月　　日まで。  （職場復帰予定日は、　　年　　月　　日） |
| 2　休職期間中の取扱い等 | (1）休職期間中については給与を支払いません。  【傷病手当金の申請については別途お知らせいたします】  (2）所属は　　　　　　のままとします。  (3）貴殿の個人負担である社会保険料及び住民税負担については、休業を開始することにより、　　月からは給与控除できなくなるため、当事業所で立替払い致します。  事業所が立替えた社会保険料等については、指定された日までに下記へ振り込むようお願いいたします。（振込手数料は自己負担としてください。）  振込先： |
| 3 　復職 | (1）休職期間満了時までに治癒（休職前に行っていた通常の業務を遂行できる程度に回復することをいう。　　以下同じ。）した場合に復職を認めます。  (2)復職する場合には復職を希望する　　　　前までに当事業所に復職願を提出し、承認を得てください。  　　その際、医師の診断書を添付して提出し、院内面談を受けるものとします。  なお、それをもって判断することが困難な場合には、事業所の指示に基づき当事業所が指定する  医師と面談していただくことがあります。  (3) 休職期間が満了し事業所に復職できない場合には、休職期間満了日に自然退職となります。 |
| 4　復職後の労働条件 | (1）復職後は原則として　　　部で休業をする前と同じ職務についていただく予定ですが、勤務状況、体調等を鑑み、変更する場合があります。  (2)復職後に休職前と同程度の質・量・密度の業務に服せず、業務の軽減・時間短縮・責任の軽減等の措置をとる場合には、その状況に応じた、降格・賃金の減額等の調整を行うことがあります。 |
| 5　その他 | 体調の状況を見て、1か月に1回は現在の状況を事業所に連絡していただくようお願いいたします。  なお、体調に考慮の上、面談等の機会を設ける場合があります。 |

上記について承諾いたしました。

　　年　　月　　日

氏名　　　　　　　　　　　　　印