

# 健康保険 傷病手当金 支給申請書

1 2 3 4

被保険者（申請者）記入用

|      |     |     |     |
|------|-----|-----|-----|
| 常務理事 | 事務長 | 課 長 | 担 当 |
|      |     |     |     |

受付日付印

|     |     |  |     |  |
|-----|-----|--|-----|--|
| 事業所 | 名 称 |  | 部所名 |  |
|     | 所在地 |  |     |  |

|                                                       |                   |                                                              |                             |   |   |   |                                                                                |  |  |  |  |  |  |                             |                                                                                |  |  |  |  |  |  |
|-------------------------------------------------------|-------------------|--------------------------------------------------------------|-----------------------------|---|---|---|--------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|
| 被保険者（申請者）情報                                           | 記号                | 番号                                                           | 生年月日                        | 年 | 月 | 日 |                                                                                |  |  |  |  |  |  |                             |                                                                                |  |  |  |  |  |  |
|                                                       | 被保険者証の<br>（右づめ）   | <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> |                             |   |   |   | <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> |  |  |  |  |  |  | <input type="checkbox"/> 昭和 | <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> |  |  |  |  |  |  |
|                                                       |                   |                                                              |                             |   |   |   |                                                                                |  |  |  |  |  |  |                             |                                                                                |  |  |  |  |  |  |
|                                                       |                   |                                                              |                             |   |   |   |                                                                                |  |  |  |  |  |  |                             |                                                                                |  |  |  |  |  |  |
|                                                       |                   |                                                              |                             |   |   |   |                                                                                |  |  |  |  |  |  |                             |                                                                                |  |  |  |  |  |  |
| 氏名                                                    | (フリガナ)            |                                                              | <input type="checkbox"/> 平成 |   |   |   |                                                                                |  |  |  |  |  |  |                             |                                                                                |  |  |  |  |  |  |
| 住所                                                    | (〒      —      )  |                                                              | <input type="checkbox"/> 令和 |   |   |   |                                                                                |  |  |  |  |  |  |                             |                                                                                |  |  |  |  |  |  |
| 電話番号<br>(日中の連絡先)                                      | TEL      (      ) |                                                              | 都 道<br>府 県                  |   |   |   |                                                                                |  |  |  |  |  |  |                             |                                                                                |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。（委任する場合は☑） |                   |                                                              |                             |   |   |   |                                                                                |  |  |  |  |  |  |                             |                                                                                |  |  |  |  |  |  |

振込先指定口座

「健康保険給付金振込口座届」に記載された個人銀行口座に振込ます。

※「健康保険給付金振込口座届」を提出して下さい。

「申請者記入用」は2ページに続きます。〉〉〉

## 健康保険 傷病手当金 支給申請書

1 2 3 4

被保険者（申請者）記入用

|      |                                            |                                                                                              |                          |                |             |             |             |
|------|--------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------|-------------|-------------|-------------|
| 申請内容 | 1 傷病名                                      | 1)<br>2)<br>3)                                                                               | 2 発病<br>または<br>負傷<br>年月日 | 令和<br>令和<br>令和 | 年<br>年<br>年 | 月<br>月<br>月 | 日<br>日<br>日 |
|      | 3 該当の傷病は病気(疾病)ですか、ケガ(負傷)ですか。               | <input type="checkbox"/> 1. 病気 (発病時の状況)<br><input type="checkbox"/> 2. ケガ → 負傷原因届を併せてご提出ください |                          |                |             |             |             |
|      | 4 療養のため休んだ期間(申請期間)                         | (令和) 年 月 日 から 日数<br>まで 日間                                                                    |                          |                |             |             |             |
|      | 5 あなたの仕事の内容(具体的に)<br>(退職後の申請の場合は退職前の仕事の内容) |                                                                                              |                          |                |             |             |             |
|      |                                            |                                                                                              |                          |                |             |             |             |

|                                                                               |                                                                                                                                  |                                                                                                                                                       |        |        |        |          |          |
|-------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------|--------|----------|----------|
| 確認事項                                                                          | 1 上記の療養のため休んだ期間(申請期間)に報酬を受けましたか。<br>または今後受けられますか。                                                                                | <input type="checkbox"/> 1. はい<br><input type="checkbox"/> 2. いいえ                                                                                     |        |        |        |          |          |
|                                                                               | 1 - ① 「はい」と答えた場合、その報酬の額と、その報酬支払の基礎となった(なる)期間をご記入ください。                                                                            | 令和<br>令和                                                                                                                                              | 年<br>年 | 月<br>月 | 日<br>日 | から<br>まで | 報酬額<br>円 |
|                                                                               | 2 「障害厚生年金」または「障害手当金」を受給していますか。<br>受給している場合、どちらを受給していますか。                                                                         | <input type="checkbox"/> 1. はい<br><input type="checkbox"/> 2. 請求中<br><input type="checkbox"/> 3. いいえ → <input type="checkbox"/> 1. 障害厚生年金<br>2. 障害手当金 |        |        |        |          |          |
|                                                                               | 2 - ① 「はい」または「請求中」と答えた場合、受給の要因となった(なる)傷病名及び基礎年金番号をご記入ください。<br>「請求中」と答えた場合は、傷病名・基礎年金番号をご記入ください。                                   | 傷病名<br>基礎年金番号<br>年金コード<br>支給開始年月日 <input type="checkbox"/> 昭和<br><input type="checkbox"/> 平成<br><input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 年金額 円               |        |        |        |          |          |
|                                                                               | 3 (健康保険の資格を喪失した方はご記入ください。)老齢または退職を事由とする公的年金を受給していますか。<br>受給している場合、その名称ご記入ください。                                                   | <input type="checkbox"/> 1. はい<br><input type="checkbox"/> 2. 請求中<br><input type="checkbox"/> 3. いいえ → 名称                                             |        |        |        |          |          |
| 3 - ① 「はい」または「請求中」と答えた場合、基礎年金番号等をご記入ください。<br>「請求中」と答えた場合は、傷病名・基礎年金番号をご記入ください。 | 基礎年金番号<br>年金コード<br>支給開始年月日 <input type="checkbox"/> 昭和<br><input type="checkbox"/> 平成<br><input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 年金額 円 |                                                                                                                                                       |        |        |        |          |          |
| 4 今回の申請は労災保険から休業補償給付を受けている期間のものですか                                            | <input type="checkbox"/> 1. はい<br><input type="checkbox"/> 2. 労災請求中<br><input type="checkbox"/> 3. いいえ                           |                                                                                                                                                       |        |        |        |          |          |
| 4 - ① 「はい」または「労災請求中」と答えた場合、支給元(請求先)の労働基準監督署をご記入ください。                          | 労働基準監督署                                                                                                                          |                                                                                                                                                       |        |        |        |          |          |
| 5 介護保険サービスを受けたとき                                                              | 保険者番号                                                                                                                            | 被保険者番号                                                                                                                                                |        | 保険者名称  |        |          |          |

「事業主記入用」は3ページに続きます。》》》

# 健康保険 傷病手当金支給申請書

事業主記入用

労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間の勤務状況及び賃金支払状況等をご記入ください。

事業主が証明するところ

|                                |                                                                                     |       |                                                                                                                                                                                             |                 |                 |                               |       |  |
|--------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-----------------|-------------------------------|-------|--|
| 被保険者氏名                         |                                                                                     |       |                                                                                                                                                                                             |                 |                 |                               |       |  |
| 勤務状況                           | 【出勤は○】で、【有給は△】で、【公休は公】で、【欠勤は／】でそれぞれ表示してください。                                        | 出勤    | 有給                                                                                                                                                                                          |                 |                 |                               |       |  |
| 令和 年 月                         | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 | 計     | 日                                                                                                                                                                                           |                 |                 |                               |       |  |
| 令和 年 月                         | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 | 計     | 日                                                                                                                                                                                           |                 |                 |                               |       |  |
| 令和 年 月                         | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 | 計     | 日                                                                                                                                                                                           |                 |                 |                               |       |  |
| 上記の期間に対して、賃金を支給しました(します)か？     | <input type="checkbox"/> はい<br><input type="checkbox"/> いいえ                         | 給与の種類 | <input type="checkbox"/> 月給<br><input type="checkbox"/> 時間給<br><input type="checkbox"/> 日給<br><input type="checkbox"/> 歩合給<br><input type="checkbox"/> 日給月給<br><input type="checkbox"/> その他 |                 |                 |                               |       |  |
| 賃金計算                           |                                                                                     | 締日    | 日                                                                                                                                                                                           |                 |                 |                               |       |  |
|                                |                                                                                     | 支払日   | <input type="checkbox"/> 当月<br><input type="checkbox"/> 翌月                                                                                                                                  |                 |                 |                               |       |  |
| 上記の期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況をご記入ください。 |                                                                                     |       |                                                                                                                                                                                             |                 |                 |                               |       |  |
| 支給した(する)賃金内訳                   | 期間                                                                                  | 単価    | 月 日<br>～ 月 日 日分                                                                                                                                                                             | 月 日<br>～ 月 日 日分 | 月 日<br>～ 月 日 日分 | 賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)についてご記入ください。 |       |  |
|                                | 区分                                                                                  |       | 支給額                                                                                                                                                                                         | 支給額             | 支給額             |                               |       |  |
|                                | 基本給                                                                                 |       |                                                                                                                                                                                             |                 |                 |                               |       |  |
|                                | 通勤手当                                                                                |       |                                                                                                                                                                                             |                 |                 |                               |       |  |
|                                | 住居手当                                                                                |       |                                                                                                                                                                                             |                 |                 |                               |       |  |
|                                | 扶養手当                                                                                |       |                                                                                                                                                                                             |                 |                 |                               |       |  |
|                                | 手当                                                                                  |       |                                                                                                                                                                                             |                 |                 |                               |       |  |
|                                | 手当                                                                                  |       |                                                                                                                                                                                             |                 |                 |                               |       |  |
| 現物給与                           |                                                                                     |       |                                                                                                                                                                                             |                 |                 |                               |       |  |
| 計                              |                                                                                     |       |                                                                                                                                                                                             |                 |                 |                               |       |  |
| 上記のとおり相違ないことを証明する。             |                                                                                     |       |                                                                                                                                                                                             |                 |                 | 令和 年 月 日                      | 担当者氏名 |  |
| 事業所所在地                         |                                                                                     |       |                                                                                                                                                                                             |                 |                 |                               |       |  |
| 事業所名称                          |                                                                                     |       |                                                                                                                                                                                             |                 |                 |                               |       |  |
| 事業主氏名                          |                                                                                     |       |                                                                                                                                                                                             |                 |                 |                               |       |  |

## 記入例

事業主が証明するところ

|                                |                                                                                     |         |                                                                                                                                                                                                        |                 |                 |                                                                                                                                                          |       |       |
|--------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------|
| 被保険者氏名                         |                                                                                     | 協会 太郎   |                                                                                                                                                                                                        |                 |                 |                                                                                                                                                          |       |       |
| 勤務状況                           | 【出勤は○】で、【有給は△】で、【公休は公】で、【欠勤は／】でそれぞれ表示してください。                                        | 出勤      | 有給                                                                                                                                                                                                     |                 |                 |                                                                                                                                                          |       |       |
| 平成26年 4 月                      | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 | 計       | 4 日                                                                                                                                                                                                    |                 |                 |                                                                                                                                                          |       |       |
| 平成26年 5 月                      | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 | 計       | 3 日                                                                                                                                                                                                    |                 |                 |                                                                                                                                                          |       |       |
| 平成 年 月                         | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 | 計       | 日                                                                                                                                                                                                      |                 |                 |                                                                                                                                                          |       |       |
| 上記の期間に対して、賃金を支給しました(します)か？     | <input checked="" type="checkbox"/> はい<br><input type="checkbox"/> いいえ              | 給与の種類   | <input checked="" type="checkbox"/> 月給<br><input type="checkbox"/> 時間給<br><input type="checkbox"/> 日給<br><input type="checkbox"/> 歩合給<br><input type="checkbox"/> 日給月給<br><input type="checkbox"/> その他 |                 |                 |                                                                                                                                                          |       |       |
| 賃金計算                           |                                                                                     | 締日      | 15 日                                                                                                                                                                                                   |                 |                 |                                                                                                                                                          |       |       |
|                                |                                                                                     | 支払日     | <input checked="" type="checkbox"/> 当月<br><input type="checkbox"/> 翌月                                                                                                                                  |                 |                 |                                                                                                                                                          |       |       |
| 上記の期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況をご記入ください。 |                                                                                     |         |                                                                                                                                                                                                        |                 |                 |                                                                                                                                                          |       |       |
| 支給した(する)賃金内訳                   | 期間                                                                                  | 単価      | 4 月16日<br>～ 5 月15日 日分                                                                                                                                                                                  | 月 日<br>～ 月 日 日分 | 月 日<br>～ 月 日 日分 | 賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)についてご記入ください。<br>基本給:欠勤控除あり<br>300,000円÷20日×11日<br>=165,000円<br>通勤手当:欠勤控除なし<br>12/25 6か月定期券代<br>(1月～6月分)として<br>120,000円支給<br>住居手当:欠勤控除なし |       |       |
|                                | 区分                                                                                  |         | 支給額                                                                                                                                                                                                    | 支給額             | 支給額             |                                                                                                                                                          |       |       |
|                                | 基本給                                                                                 | 300,000 | 135,000                                                                                                                                                                                                |                 |                 |                                                                                                                                                          |       |       |
|                                | 通勤手当                                                                                | 120,000 |                                                                                                                                                                                                        |                 |                 |                                                                                                                                                          |       |       |
|                                | 住居手当                                                                                | 20,000  | 20,000                                                                                                                                                                                                 |                 |                 |                                                                                                                                                          |       |       |
|                                | 扶養手当                                                                                |         |                                                                                                                                                                                                        |                 |                 |                                                                                                                                                          |       |       |
|                                | 手当                                                                                  |         |                                                                                                                                                                                                        |                 |                 |                                                                                                                                                          |       |       |
|                                | 手当                                                                                  |         |                                                                                                                                                                                                        |                 |                 |                                                                                                                                                          |       |       |
| 現物給与                           |                                                                                     |         |                                                                                                                                                                                                        |                 |                 |                                                                                                                                                          |       |       |
| 計                              | 440,000                                                                             | 155,000 |                                                                                                                                                                                                        |                 |                 |                                                                                                                                                          |       |       |
| 上記のとおり相違ないことを証明します。            |                                                                                     |         |                                                                                                                                                                                                        |                 |                 | 平成 26 年 5 月 21 日                                                                                                                                         | 担当者氏名 | 〇〇 〇〇 |
| 事業所所在地                         |                                                                                     |         |                                                                                                                                                                                                        |                 |                 | 東京都千代田区△△ 1-1                                                                                                                                            |       |       |
| 事業所名称                          |                                                                                     |         |                                                                                                                                                                                                        |                 |                 | 〇〇株式会社                                                                                                                                                   |       |       |
| 事業主氏名                          |                                                                                     |         |                                                                                                                                                                                                        |                 |                 | 健保 三郎                                                                                                                                                    |       |       |

### 【被保険者の方へ】

① お勤め先の事業所に証明を受けてください。資格喪失日以降の期間に関する申請については、空欄でご提出ください。

### 【事業主の方へ】

② 労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間(賃金計算の締日の翌日から締日の期間)の勤務状況について、出勤した場合は○で、有給の場合は△で、公休日の場合は公で、欠勤の場合は／で表示してください。

③ 給与の種類について、該当する給与の種類を選んでください。

④ 賃金計算の締日および賃金の支払日をご記入ください。

⑤ 労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間における賃金支給状況についてご記入ください。また、賃金支給状況がわかるよう、賃金計算方法や欠勤控除計算方法等をご記入ください。

「療養担当者記入用」は4ページに続きます。》》》

## 健康保険 傷病手当金支給申請書

1 2 3 4

療養担当者記入用

療養担当者が意見を記入するところ

|                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                               |
|---------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 患者氏名                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                               |
| 傷病名                                         | (1) _____<br>(2) _____<br>(3) _____                                                                                                                                                                                                                                                                        | 療養の給付開始年月日<br>(初診日)                                                                                                                                                                                           |
| 発病または負傷の年月日                                 | 令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 発病<br><input type="checkbox"/> 負傷                                                                                                                                                                                                                                        | 発病または負傷の原因                                                                                                                                                                                                    |
| 労務不能と認められた期間                                | 令和 年 月 日から<br>令和 年 月 日まで 日間                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                               |
| うち入院期間                                      | 令和 年 月 日から 日間<br>令和 年 月 日まで 入院                                                                                                                                                                                                                                                                             | 療養費用の別<br><input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 公費 ( )<br><input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他                                                                             |
| 診療実日数                                       | 診療日を _____ 月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31<br>○で囲んで _____ 月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31<br>ください。 _____ 月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 |                                                                                                                                                                                                               |
| 上記の期間中における「主たる症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等(詳しく) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 手術年月日 令和 年 月 日<br>退院年月日 令和 年 月 日                                                                                                                                                                              |
| 症状経過からみて従来の職種について労務不能と認められた医学的な所見           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                               |
| 人工透析を実施または人工臓器を装着したとき                       | 人工透析の実施または人工臓器を装着した日<br>____ 年 ____ 月 ____ 日                                                                                                                                                                                                                                                               | 人工臓器等の種類<br><input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工関節<br><input type="checkbox"/> 人工骨頭 <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー<br><input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> その他 ( ) |
| 上記のとおり相違ありません。<br>令和 年 月 日                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                               |
| 医療機関の所在地                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                               |
| 医療機関の名称                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                               |
| 医師の氏名                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                               |
| 印 電話 ( )                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                               |

## 記入例

|                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1                                                                                                                                                                  | 患者氏名 協会 太郎                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 2                                                                                                                                                                  | 傷病名 (1) 鎖骨骨折<br>(2) _____<br>(3) _____                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 3                                                                                                                                                                  | 療養の給付開始年月日 (初診日) (1) 平成 26 年 4 月 22 日<br>(2) 平成 年 月 日<br>(3) 平成 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                    |
| 4                                                                                                                                                                  | 発病または負傷の年月日 平成 26 年 4 月 22 日 <input checked="" type="checkbox"/> 発病<br>労務不能と認められた期間 平成 26 年 4 月 22 日から 21 日間<br>平成 26 年 5 月 12 日まで                                                                                                                                                                       |
| 5                                                                                                                                                                  | 診療実日数 5 診療日を 4 月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31<br>○で囲んで 5 月 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31<br>ください。 _____ 月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 |
| 上記の期間中における「主たる症状および経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等(詳しく)                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 鎖骨を骨折し、4/22初診。鎖骨バンドで鎖骨を固定。固定するまで安静とし、固定後リハビリが必要。                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 症状経過からみて従来の職種について労務不能と認められた医学的な所見                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 骨折した部位が固定するまで安静が必要で、固定後リハビリが必要であったため、労務不能と判断した。                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 人工透析を実施または人工臓器を装着したとき                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 人工透析の実施または人工臓器を装着した日 平成 26 年 5 月 22 日                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 人工臓器等の種類                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工関節 <input type="checkbox"/> 人工骨頭 <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> その他 ( ) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 上記のとおり相違ありません。 平成 26 年 5 月 22 日                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 医療機関の所在地 東京都品川区△△ 1-1                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 医療機関の名称 ○○総合病院                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 医師の氏名 保険 五郎                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 印 電話 03 (△△△△) △△△△                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

## 【被保険者の方へ】

1 療養担当者(医師等)の意見を受けてください。

## 【療養担当者の方へ】

2 複数の傷病名がある場合、(1)から主たる病名を順次ご記入ください。

3 左の傷病名について、その傷病の初診の日をご記入ください。

4 治療期間でなく、療養のため就労できなかったと認められる期間とその日数をご記入ください。また、証明日以前の期間をご記入ください。

5 症状および経過、労務不能と認められた医学的な所見を詳しくご記入ください。