

傷病手当金支給申請書 2 枚目 (この申請書は 2 枚一組です)

被保険者 (申請者) が記入	ID	保険証の記号 - 番号 —	氏名
-------------------	----	------------------	----

以下は事業主が記入する欄です。所属店舗の証明は不要です。資格喪失後の申請については記入の必要はありません。

事業主証明欄	労務に服さなかった期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日まで					日間
	内訳 (日)	出勤	欠勤	有給	公休	計	期間中の賃金
		発生した ・ 発生しない					
	上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日						
事業所所在地 事業所名称 事業主氏名							

以下は医師等が記入する欄です。医療機関等で意見を受けてください。

療養を担当した医師等の意見記入欄	傷病名				初診日 (療養の給付開始年月日)	令和 年 月 日	
	発病または負傷の年月日	令和 年 月 日	発病または負傷の原因	↑ 治療期間ではなく療養のために就労できなかったと認められる期間 (証明日以前) を記入してください。			
	労務不能と認められた期間	令和 年 月 日から					
		令和 年 月 日まで					
	内、入院期間	令和 年 月 日から	療養費用の別	<input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 公費 <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他	転帰	<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 繰越 <input type="checkbox"/> 転医	
	診療実日数	日	診療日	* 労務不能期間中の診療日をすべて記入してください (月/日)			
	主たる症状・経過・治療内容・検査結果・療養指導等						
	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						
	人工透析実施または人工臓器装着	令和 年 月 日から	人工臓器等の種類	<input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工関節 <input type="checkbox"/> 人工骨頭 <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> その他 ()			
	上記のとおり相違ない。 令和 年 月 日						
所在地 医療機関名称 医師の氏名 TEL							
医師の印							