

被保険者氏名

※被保険者記入用

申請内容	① 傷病名 (1つの記入欄に複数の傷病名を記入しないでください。)	1)	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日				
		2)	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日				
		3)	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日				
	② 初診日		<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日				
			<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日				
③ 該当の傷病の分類	<input type="checkbox"/>	1. 病気	2. ケガ							
③-1 「1. 病気」の場合 発病時の状況										
③-2 「2. ケガ」の場合 その原因	<input type="checkbox"/> 1. いいえ <input type="checkbox"/> 2. はい			第三者行為によるものですか (交通事故を含む)						
	<input type="checkbox"/> 1. いいえ <input type="checkbox"/> 2. はい			勤務中もしくは通勤中のケガですか (労災)						
④ 療養のため休んだ期間 (申請期間)	令和	年	月	日から	令和	年	月	日まで	計	日間
⑤ 仕事の内容 (具体的に)	※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。または今後うけられますか。	<input type="checkbox"/>	1. はい	2. いいえ							
	①-1 「1. はい」の場合、その報酬支払の対象となった (なる) 期間とその報酬の額をご記入ください。	令和	年	月	日から	令和	年	月	日まで	報酬額	円
	② 「障害厚生年金」または「障害手当」を受給していますか。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	2. 請求中	3. いいえ						
	②-1 「1. はい」の場合、右欄をすべてご記入ください。	傷病名									
	②-1 「2. 請求中」の場合、傷病名および基礎年金番号のみをご記入下さい。	基礎年金番号	年金コード								
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。	<input type="checkbox"/>	1. はい	2. 請求中	3. いいえ							
③-1 「1. はい」の場合、右欄をすべてご記入ください。	基礎年金番号	年金コード									
③-1 「2. 請求中」の場合、基礎年金番号のみをご記入ください。	支給開始年月日	年金額									
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	2. 労災請求中	3. いいえ							
④-1 「1. はい」「2. 労災請求中」の場合、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										

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および賃金支払状況等をご記入ください。

※事業主記入用

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		
	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	日		
	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	日		
	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	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 <input type="checkbox"/> いいえ	賃金計算 締日	日		
			支払日 <input type="checkbox"/> 当月 <input type="checkbox"/> 翌月	日		
	給与の種類	<input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> 歩合給 <input type="checkbox"/> その他 ()				
	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	区分	期間	月 日 日分	月 日 日分	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。
		単価	支給額	支給額	支給額	
	基本給					
	通勤手当					
	手当					
	手当					
	手当					
現物給与						
計						
	上記の通り相違ないことを証明します。				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				電話番号	()

【被保険者の方へ】

・お勤め先の事業所から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】

・労務に服さ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、賃金支給状況が分かるよう、賃金計算方法や欠勤控除計算方法等をご記入の上、賃金台帳の写しを添付して下さい。

・労務に服さ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、出勤簿の写しを添付して下さい。

・記入欄が不足する場合は、当ページをコピーしてご記入ください。

・訂正される場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。二重線の近くに、事業主によるフルネームの署名または押印が必要です。

※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																								
	(1)	初診日	<input type="checkbox"/> 平成	年	月	日																			
	(2)	(療養の給付 開始年月日)	<input type="checkbox"/> 平成	年	月	日																			
	(3)		<input type="checkbox"/> 令和	年	月	日																			
	発病または負傷の 年月日	<input type="checkbox"/> 平成	年	月	日	<input type="checkbox"/> 発病	発病または 負傷の原因																		
		<input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	<input type="checkbox"/> 負傷																			
	労務不能と認め た期間	令和	年	月	日から	日間	療養費用の別																		
		令和	年	月	日まで																				
	うち入院期間	令和	年	月	日から	日間	<input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 公費 ()	<input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> 中止																	
		令和	年	月	日まで	入院	<input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 転帰	<input type="checkbox"/> 繰越 <input type="checkbox"/> 転医																

診療日及び入院していた日を○で囲んでください。

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	診療実日数 (入院期間含む)	日
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		
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		

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

手術年月日	年	月	日
退院年月日	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

人工透析の実施または人工臓器を装着した日	人工臓器等の種類
人工透析を実施 <input type="checkbox"/> 昭和 または人工臓器 <input type="checkbox"/> 平成 を装着したとき <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工骨頭 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 人工関節 <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー <input type="checkbox"/> その他 ()

上記の通り相違ありません。 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 電話番号 ()

【被保険者の方へ】

・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】

・複数の傷病名がある場合、「傷病名」の(1)から主たる病名を順次ご記入ください。また、左の「傷病名」について、(1)から初診の日をご記入ください。

・「労務不能と認められた期間」には治療期間ではなく、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。

・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。

・記入欄が不足する場合は、当ページをコピーしてご記入ください。

・訂正される場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。二重線の近くに、療養担当者によるフルネームの署名または押印が必要です。