

傷病手当金支給申請書の記入の注意点について

記入漏れの場合、申請書をお返しすることがあります。記入漏れのないよう、作成をお願いします。

1 ページ目：本人記入欄

☆申請書を記入する際には、黒ボールペン等の消えないもので記入してください。誤記入がある場合には、修正液等は使用せず、申請書1ページ目の氏名横に押印した印鑑で訂正印を押印のうえ訂正してください。

健康保険 傷病手当金 支給申請書(第 1 回) 被保険者記入用

記入方法および添付書類等については、「健康保険 傷病手当金 支給申請書 記入の手引き」をご確認ください。
申請書は、指書で枠内に丁寧に記入ください。

記入見本 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 アイウ

被保険者情報	記号	番号	生年月日	年	月	日
	2 1 7 0 0 0 2 3 1		2	1. 昭和 2. 平成 3. 令和	0 1 0 5 1 0	
	(フリガナ) キョウカイ タロウ		協会 太郎			
振込先指定口座	金融機関名称	ゆうちょ		八五八		
	預金種別	1	1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号	2 3 4 5 6 7 8	
	口座名義	キ ヨ ウ カ イ タ ロ ウ		口座名義の区分	1	

こちらが保険証の記号番号です



記号・番号は正確に記入してください。
(退職等して資格喪失されている場合、資格喪失前の記号・番号を記入してください。)
※支給決定通知書上部()内の数字が(記号 - 番号)です。

振込指定口座は漏れなく記入してください。特に預金種別、口座名義区分の記入漏れが多くなっています。

ゆうちょ銀行をご指定の場合、支店名は漢数字三ケタ(八五八など)で記入してください。〇〇郵便局などの地名を記入の場合は不備となり、申請書をお返しすることになりますのでご注意ください。

被保険者(申請者)と異なる方が受取代理人となる場合は、受取代理人の欄の記入が必要です。

(被保険者名と代理人名のそれぞれ)の署名押印が必要)
※法人名ではなく、個人の氏名の記入が必要です。

受取代理人の欄	被保険者	氏名・印	年	月	日
	代理人(口座名義人)	住所	被保険者との関係		
	(フリガナ)		氏名・印		

「被保険者記入用」は2ページに続きます。▶▶▶

被保険者のマイナンバー記載欄
(被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です)
マイナンバーを記入した場合は、必ず本人確認書類を添付してください。

マイナンバー記載欄につきましては、**保険証の記号番号をご記入いただければ、マイナンバーの記入は不要です。**

マイナンバーをご記入いただいた場合は、番号を確認する書類と身元を確認する書類の添付が必要です。これらの書類の添付がされていない場合は、申請書をお返しすることとなりますので、ご注意ください。

【被保険者が死亡して相続人が申請する場合の注意点】

被保険者が亡くなられて、相続人の方が申請される場合は、被保険者情報の氏名には、申請される方の氏名を記入してください。(住所・振込口座も同様です。)

※生年月日欄は、被保険者の生年月日を記入してください。

※相続人の請求の場合、被保険者との続柄がわかる「戸籍謄本」等の添付が必要となります。

★申請ができるのは、相続順位が一番高い方になります。

健康保険 傷病手当金 支給申請書

被保険者記入用

被保険者氏名 **協会 太郎**

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) **鎖骨骨折**

2) 初診日
1.平成 2.令和
年 月 日
3 1 0 4 2 2

2) 病気 (発病時の状況)
1. 病名 (発病時の状況)
2. ケガ → 負傷原因届を併せてご提出ください。

3) 該当の傷病は病気(疾病)ですか?ケガ(負傷)ですか?
1. はい 2. いいえ

4) 療養のため休んだ期間(申請期間)
1.平成 2.令和
年 月 日から 年 月 日まで
日数 **21**
2.平成 0 1 0 5 1 2 日数

5) あなたの仕事の内容(具体的に)
(退職後の申請の場合は退職前の仕事の内容)
経理担当事務

審査事項

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。または今後受けられますか。
2. 1. はい 2. いいえ

1-1) 「はい」と答えた場合、その報酬の額と、その報酬支払の対象となった(なる)期間をご記入ください。
1.平成 2.令和 年 月 日から 年 月 日まで 報酬額
1.平成 2.令和 年 月 日まで 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。受給している場合、どちらを受給していますか。
3. 1. はい 2. 請求中 3. いいえ
1. 障害厚生年金 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等をご記入ください。
傷病名 基礎年金番号 年金コード
支給開始年月日 1.昭和 2.平成 3.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。
1. はい 2. 請求中 3. いいえ

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。
「請求中」と答えた場合は、基礎年金番号のみをご記入ください。
基礎年金番号 年金コード
支給開始年月日 1.昭和 2.平成 3.令和 年 月 日 年金額 円

4) 労災保険から休業補償給付を受けていますか。(又は、過去に受けたことがありますか。)
3. 1. はい 2. 労災請求中 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

傷病名欄・初診日欄は2回目以降の申請の際にも**必ず記入**してください。
※記入に当たりましては、医師証明欄を確認のうえ、記入してください。

未来日の申請はできません。
また、申請期間は2回目以降の申請の際にも**必ず記入**してください。

日数は公休日や土日を含めた日数を記入してください。
(未記入や日数の数え間違い等、誤りが多い箇所です。)

仕事の内容は**具体的な仕事の内容**を記入してください。また、2回目以降の申請の際にも**必ず記入**してください。

資格喪失後の申請の場合は記入してください。
公的年金を受給している方は、記入の上、年金額等がわかる添付書類のコピーを添付してください。

「はい」の場合は、休業給付補償決定通知書のコピーを添付してください。

様式番号
6 0 1 2 6 9

「2. ケガ」の場合は、負傷原因届を添付してください。



健康保険 負傷原因届 (被保険者・専業主婦記入用)

記入方法および添付書類等については、「健康保険 負傷原因届 届 記入の手引書」をご確認ください。
届書は、届書で特約に準じて記入ください。 届書番号: 01123456789アイウ

1) 傷病発生日時
発生年月日 発生時刻
発生場所
発生時状況
発生時状況(詳細)
発生時状況(その他)
発生時状況(その他)
発生時状況(その他)

2) 負傷原因
1. 交通事故
2. 火災
3. 自然災害
4. その他

3) 労務管理
1. 業務上
2. 通勤中
3. その他

4) 労務管理(詳細)
1. 業務上
2. 通勤中
3. その他

5) 労務管理(その他)
1. 業務上
2. 通勤中
3. その他

6) 労務管理(その他)
1. 業務上
2. 通勤中
3. その他

7) 労務管理(その他)
1. 業務上
2. 通勤中
3. その他

8) 労務管理(その他)
1. 業務上
2. 通勤中
3. その他

9) 労務管理(その他)
1. 業務上
2. 通勤中
3. その他

10) 労務管理(その他)
1. 業務上
2. 通勤中
3. その他

11) 労務管理(その他)
1. 業務上
2. 通勤中
3. その他

12) 労務管理(その他)
1. 業務上
2. 通勤中
3. その他

13) 労務管理(その他)
1. 業務上
2. 通勤中
3. その他

14) 労務管理(その他)
1. 業務上
2. 通勤中
3. その他

15) 労務管理(その他)
1. 業務上
2. 通勤中
3. その他

16) 労務管理(その他)
1. 業務上
2. 通勤中
3. その他

17) 労務管理(その他)
1. 業務上
2. 通勤中
3. その他

18) 労務管理(その他)
1. 業務上
2. 通勤中
3. その他

19) 労務管理(その他)
1. 業務上
2. 通勤中
3. その他

20) 労務管理(その他)
1. 業務上
2. 通勤中
3. その他

21) 労務管理(その他)
1. 業務上
2. 通勤中
3. その他

22) 労務管理(その他)
1. 業務上
2. 通勤中
3. その他

23) 労務管理(その他)
1. 業務上
2. 通勤中
3. その他

24) 労務管理(その他)
1. 業務上
2. 通勤中
3. その他

25) 労務管理(その他)
1. 業務上
2. 通勤中
3. その他

26) 労務管理(その他)
1. 業務上
2. 通勤中
3. その他

27) 労務管理(その他)
1. 業務上
2. 通勤中
3. その他

28) 労務管理(その他)
1. 業務上
2. 通勤中
3. その他

29) 労務管理(その他)
1. 業務上
2. 通勤中
3. その他

30) 労務管理(その他)
1. 業務上
2. 通勤中
3. その他

31) 労務管理(その他)
1. 業務上
2. 通勤中
3. その他

32) 労務管理(その他)
1. 業務上
2. 通勤中
3. その他

33) 労務管理(その他)
1. 業務上
2. 通勤中
3. その他

34) 労務管理(その他)
1. 業務上
2. 通勤中
3. その他

35) 労務管理(その他)
1. 業務上
2. 通勤中
3. その他

36) 労務管理(その他)
1. 業務上
2. 通勤中
3. その他

37) 労務管理(その他)
1. 業務上
2. 通勤中
3. その他

38) 労務管理(その他)
1. 業務上
2. 通勤中
3. その他

39) 労務管理(その他)
1. 業務上
2. 通勤中
3. その他

40) 労務管理(その他)
1. 業務上
2. 通勤中
3. その他

41) 労務管理(その他)
1. 業務上
2. 通勤中
3. その他

42) 労務管理(その他)
1. 業務上
2. 通勤中
3. その他

43) 労務管理(その他)
1. 業務上
2. 通勤中
3. その他

44) 労務管理(その他)
1. 業務上
2. 通勤中
3. その他

45) 労務管理(その他)
1. 業務上
2. 通勤中
3. その他

46) 労務管理(その他)
1. 業務上
2. 通勤中
3. その他

47) 労務管理(その他)
1. 業務上
2. 通勤中
3. その他

48) 労務管理(その他)
1. 業務上
2. 通勤中
3. その他

49) 労務管理(その他)
1. 業務上
2. 通勤中
3. その他

50) 労務管理(その他)
1. 業務上
2. 通勤中
3. その他

51) 労務管理(その他)
1. 業務上
2. 通勤中
3. その他

52) 労務管理(その他)
1. 業務上
2. 通勤中
3. その他

53) 労務管理(その他)
1. 業務上
2. 通勤中
3. その他

54) 労務管理(その他)
1. 業務上
2. 通勤中
3. その他

55) 労務管理(その他)
1. 業務上
2. 通勤中
3. その他

56) 労務管理(その他)
1. 業務上
2. 通勤中
3. その他

57) 労務管理(その他)
1. 業務上
2. 通勤中
3. その他

58) 労務管理(その他)
1. 業務上
2. 通勤中
3. その他

59) 労務管理(その他)
1. 業務上
2. 通勤中
3. その他

60) 労務管理(その他)
1. 業務上
2. 通勤中
3. その他

61) 労務管理(その他)
1. 業務上
2. 通勤中
3. その他

62) 労務管理(その他)
1. 業務上
2. 通勤中
3. その他

63) 労務管理(その他)
1. 業務上
2. 通勤中
3. その他

64) 労務管理(その他)
1. 業務上
2. 通勤中
3. その他

65) 労務管理(その他)
1. 業務上
2. 通勤中
3. その他

66) 労務管理(その他)
1. 業務上
2. 通勤中
3. その他

67) 労務管理(その他)
1. 業務上
2. 通勤中
3. その他

68) 労務管理(その他)
1. 業務上
2. 通勤中
3. その他

69) 労務管理(その他)
1. 業務上
2. 通勤中
3. その他

70) 労務管理(その他)
1. 業務上
2. 通勤中
3. その他

71) 労務管理(その他)
1. 業務上
2. 通勤中
3. その他

72) 労務管理(その他)
1. 業務上
2. 通勤中
3. その他

73) 労務管理(その他)
1. 業務上
2. 通勤中
3. その他

74) 労務管理(その他)
1. 業務上
2. 通勤中
3. その他

75) 労務管理(その他)
1. 業務上
2. 通勤中
3. その他

76) 労務管理(その他)
1. 業務上
2. 通勤中
3. その他

77) 労務管理(その他)
1. 業務上
2. 通勤中
3. その他

78) 労務管理(その他)
1. 業務上
2. 通勤中
3. その他

79) 労務管理(その他)
1. 業務上
2. 通勤中
3. その他

80) 労務管理(その他)
1. 業務上
2. 通勤中
3. その他

81) 労務管理(その他)
1. 業務上
2. 通勤中
3. その他

82) 労務管理(その他)
1. 業務上
2. 通勤中
3. その他

83) 労務管理(その他)
1. 業務上
2. 通勤中
3. その他

84) 労務管理(その他)
1. 業務上
2. 通勤中
3. その他

85) 労務管理(その他)
1. 業務上
2. 通勤中
3. その他

86) 労務管理(その他)
1. 業務上
2. 通勤中
3. その他

87) 労務管理(その他)
1. 業務上
2. 通勤中
3. その他

88) 労務管理(その他)
1. 業務上
2. 通勤中
3. その他

89) 労務管理(その他)
1. 業務上
2. 通勤中
3. その他

90) 労務管理(その他)
1. 業務上
2. 通勤中
3. その他

91) 労務管理(その他)
1. 業務上
2. 通勤中
3. その他

92) 労務管理(その他)
1. 業務上
2. 通勤中
3. その他

93) 労務管理(その他)
1. 業務上
2. 通勤中
3. その他

94) 労務管理(その他)
1. 業務上
2. 通勤中
3. その他

95) 労務管理(その他)
1. 業務上
2. 通勤中
3. その他

96) 労務管理(その他)
1. 業務上
2. 通勤中
3. その他

97) 労務管理(その他)
1. 業務上
2. 通勤中
3. その他

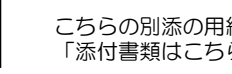
98) 労務管理(その他)
1. 業務上
2. 通勤中
3. その他

99) 労務管理(その他)
1. 業務上
2. 通勤中
3. その他

100) 労務管理(その他)
1. 業務上
2. 通勤中
3. その他

用紙は3ページに渡ります。>>>

申請期間の初日に属する月までに現事業所で12か月の資格期間がない等の場合は、こちらの書類を添付してください。



【別添】

被保険者証 記号 番号

氏名 (フリガナ) 生年月日
昭和 年 月 日

健康保険組合(任意継続被保険者の場合は加入者名簿名称) 加入期間
平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日

1) 所在地(任意継続被保険者の場合はお住まいの住所) 加入期間
平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日

2) 所在地(任意継続被保険者の場合はお住まいの住所) 加入期間
平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日

3) 所在地(任意継続被保険者の場合はお住まいの住所) 加入期間
平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日

健康保険組合の名称 加入期間
平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日

こちらの別添の用紙は、傷病手当金支給申請書ダウンロードページの「添付書類はこちら」からダウンロードすることができます。

勤務状況・支給した賃金内訳は申請期間を含む給与の締日から締日までを記入したうえで、締日以降に提出してください。

健康保険 傷病手当金 支給申請書

1 2 3 4
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および賃金支払状況等をご記入ください。

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。																																																		
1.平成 2.令和	年	月	<table border="1"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>計</td> </tr> <tr> <td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>公</td><td>公</td><td>○</td><td>△</td><td>△</td><td>△</td><td>△</td><td>公</td><td>公</td><td>△</td><td>△</td><td>△</td><td>4</td> </tr> </table>															1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	計	○	○	○	公	公	○	△	△	△	△	公	公	△	△	△	4			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	計																																				
	○	○	○	公	公	○	△	△	△	△	公	公	△	△	△	4																																				
1	3	1	0	4																																																
2	年	月	<table border="1"> <tr> <td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td><td>計</td> </tr> <tr> <td>✓</td><td>✓</td><td>公</td><td>公</td><td>公</td><td>公</td><td>✓</td><td>✓</td><td>✓</td><td>公</td><td>公</td><td>△</td><td>△</td><td>△</td><td>計</td> </tr> </table>															16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計	✓	✓	公	公	公	公	✓	✓	✓	公	公	△	△	△	計			
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計																																			
	✓	✓	公	公	公	公	✓	✓	✓	公	公	△	△	△	計																																					
0	1	0	5																																																	
		年	月	<table border="1"> <tr> <td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td><td>計</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>															16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計																	
16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計																																				
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 <input type="checkbox"/> いいえ		給与の種類		<input checked="" type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 歩合給 <input type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> その他		賃金計算		締日		1 5 日		支払日		1 1.当月 2.翌月 2 5 日																																				
上記の期間を含む賃金計算期間の賃金支払状況をご記入ください。																																																				
期間	区分	単価	0 4 月 1 6 日~		月 日~		月 日~		月 日~		月 日~		月 日~		月 日~																																					
			0 5 月 1 5 日分		日分		日分		日分		日分		日分		日分																																					
			支給額				支給額				支給額																																									
基本給	3 0 0 0 0 0		1 2 0 0 0 0																																																	
通勤手当	2 0 0 0		2 0 0 0																																																	
手当																																																				
手当																																																				
手当																																																				
手当																																																				
現物給与																																																				
計			1 2 2 0 0 0																																																	
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。																																																				
<ul style="list-style-type: none"> 基本給：欠勤控除有 300,000円÷20日×12日=180,000円減額 通勤手当：2,000円支給 																																																				
															担当者氏名			健康 花子																																		
上記のとおり相違ないことを証明します。																																																				
事業所所在地		山形県山形市										年		月		日																																				
事業所名称		〇〇株式会社										2		1.平成 2.令和		0 1 0 5 2 5																																				
事業主氏名		健康 三郎										電話番号		0 2 3 X X X X X X X		※ハイフン除く																																				

通勤手当などの手当を支給している場合は、賃金計算方法の箇所に記入してください。

欠勤控除などの計算方法は具体的に記入してください。

証明日は必ず記入してください。

単価につきましても記入してください。(月単位の支給の場合は、月あたりの単価を記入してください。時間単位の支給の場合は時間あたりの単価を記入してください。)

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	協会 太郎																																																																																																																															
	傷病名	(1) 鎖骨骨折	初診日 (療養の給付 開始年月日)																																																																																																																														
		(2)	(1) <input type="text" value="1"/> 1.平成 <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="2"/>																																																																																																																														
(3)		(2) <input type="text" value=""/> 1.平成 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>																																																																																																																															
発病または 負傷の年月日	<input type="text" value="1"/> 1.平成 <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="2"/>	<input type="checkbox"/> 発病 <input checked="" type="checkbox"/> 負傷	発病または 負傷の原因 左肩部強打																																																																																																																														
労務不能と 認められた期間	<input type="text" value="1"/> 1.平成 <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="2"/> から <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> 1.平成 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> まで 日間																																																																																																																																
うち入院期間	<input type="text" value=""/> 1.平成 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> から <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> 1.平成 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> まで 日間入院	療養費用の別 <input checked="" 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"/> 治療 <input type="checkbox"/> 中止 <input checked="" type="checkbox"/> 繰越 <input type="checkbox"/> 転医																																																																																																																														
診療 実日数 (入院期間 を含む)	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value="5"/> 日	診療日及び入 院していた日 を○で囲んで ください。	<table border="1"> <tr> <td>0</td><td>4</td><td>月</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td> </tr> <tr> <td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>○</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	0	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			○	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																																																								
0	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																																																																																																																		
○	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月22日初診。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。		手術年月日	<input type="text" value=""/> 1.平成 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>																																																																																																																														
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、固定後もリハビリが必要で あったため、労務不能と判断した。		退院年月日	<input type="text" value=""/> 1.平成 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>																																																																																																																														
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 <input type="text" value=""/> 1.昭和 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> 年 月 日 <input type="text" value=""/> 1.平成 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> 年 月 日 <input type="text" value=""/> 1.令和 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> 年 月 日	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"/> 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。																																																																																																																																	
医療機関の所在地	山形市〇〇町 10-10	年 月 日	<input type="text" value="2"/> 1.平成 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="2"/>																																																																																																																														
医療機関の名称	〇〇総合病院	電話番号 ※ハイファン除く	<input type="text" value="0"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="X"/> <input type="text" value="X"/> <input type="text" value="X"/> <input type="text" value="X"/> <input type="text" value="X"/> <input type="text" value="X"/> <input type="text" value="X"/> <input type="text" value="X"/> <input type="text" value="X"/>																																																																																																																														
医師の氏名	保険 五郎	(印)																																																																																																																															

医師証明日は、**労務不能と認められた期間の最終日以降の日付を記入**してもらって下さい。
上記のケースであれば、労務不能と認められた期間の最終日が令和元年5月12日のため、
医師の証明日は令和元年5月12日以降の日付であることが必要です。

申請書は1～4ページ目を全てそろえて提出をお願いします。(ただし、退職等により、資格喪失されている方につきましては、3ページ目は不要です。)