

傷病手当金請求書・傷病手当附加金請求書・延長傷病手当附加金請求書

注意 3 当健保では療養の為の期間とは診療行為があつて成り立つものと判断致します。正当な理由なく診療履歴が確認できない場合給付できないことがあります。

被保険者証の記号・番号		氏名								印		
		コード										
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不要です)												
住 所	〒						Tel		()		才	
事業名称							営業所			職種		
療養の 為に休んだ期間	H/R	年	月	日	から	左記期間 のうち入院 した期間	H/R	年	月	日	から	
	H/R	年	月	日	日間		H/R	年	月	日	日間	
被扶養者の有無	いる		いない		病院名				科名			

療養を担当した医師の意見	傷病名	合併症																														
	発病または負傷の年月日	H/R	年	月	日	療養給付開始年月日	H/R	年	月	日																						
	労務不能と認められた期間	H/R	年	月	日から	H/R	年	月	日まで	傷病または負傷の原因 <small>(負傷の場合、業務上でないことが判定できるように詳しく)</small>																						
	上記期間のうち入院期間	H/R	年	月	日から	H/R	年	月	日まで			日間																				
診療日数(入院期間を含む)	診療履歴(診療日を○で囲んでください。) ※記載がない場合給付できませんので、必ずご記載願います																															
	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
	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
	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
労務不能と認められた理由	(症状・処置・経過により意見を書いて下さい)										療養費用の負担																					
											健保・自費・公費																					
											結核性の場合																					
うえのとおり相違ありません。	年 月 日										①陰痰 ②赤沈																					
住所	〒						Tel		()		③理学的見所																					
医師	氏名										④安静度 ⑤その他																					
											印																					

事業主の証明	労務に服さなかつた期間	H/R	年	月	日から	H/R	年	月	日まで	日間	
	上の期間のうち	H/R	年	月	日から	H/R	年	月	日の分	円	
	支払った報酬の額										
	うえのとおり相違ありません。	年 月 日									
	住所 〒										
	事業主										印

委任状	表記請求の受領を 印 に委任する。									
	年 月 日 被保険者氏名 印									

注意 出勤表の勤怠を必ず記入		
期 間	日数	勤怠
月・日 ~ 月・日		
・ ~ ・		
・ ~ ・		
・ ~ ・		
・ ~ ・		

