

# 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  
1 請求書及び委任状には印を明瞭に押しつけて下さい。もし不明の場合は受け付け致しかねます。  
2 氏名コードのある方は、氏名コードを記入して下さい。

被保険者証の記号・番号		氏名						㊟		
		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	〒 ( )								才	
事業名称	営業所					職種				
療養の 為の 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	日間		H/R	年	月	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	主病 合併症																													
	傷病または 負傷の原因	(負傷の場合は業務上でないことが判定できるように特に詳しく)																													
	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	日間	左記期間中の 診療実日数	日間																			
	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	入院時 の負担	健 保	自 費	公 費																	
	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)								結核性の場合																					
										①除痰 ②赤沈 ③理学的見所 ④安静度 ⑤その他																					
うえのとおり相違ありません。	年 月 日								注意 出勤表の勤怠を必ず記入 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>期 間</th> <th>日数</th> <th>勤怠</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>月 日 月 日</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>・ ~ ・</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>・ ~ ・</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>・ ~ ・</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>・ ~ ・</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>・ ~ ・</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		期 間	日数	勤怠	月 日 月 日			・ ~ ・			・ ~ ・			・ ~ ・			・ ~ ・			・ ~ ・		
期 間	日数	勤怠																													
月 日 月 日																															
・ ~ ・																															
・ ~ ・																															
・ ~ ・																															
・ ~ ・																															
・ ~ ・																															
住所	〒 ( )																														
医師 氏名									㊟																						

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



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