

# 傷病手当金を申請される方へ

## 1. 傷病手当金とは

被保険者が業務外の病気やケガで療養のため仕事を休み、その間給与等が受けられないとき、被保険者の生活を保障するために給付される保険給付です。

## 2. 支給要件(以下の要件をすべて満たすことが必要です)

①	病気やケガで療養中であること(業務上・通勤途上事故を除く)
②	療養のため仕事につけないこと(*労務不能)
③	連続して3日以上休んでいること(3日間待期をとり、4日目(欠勤日)から支給)
④	給与の支払いがないこと(給与の一部支払いがある場合は傷病手当金との差額を支給)

\*労務不能の判定は、医師の意見を基に被保険者の仕事の内容を考慮して判断されます

## 3. 支給期間

傷病手当金……支給開始日より通算1年6ヶ月(支給開始日に支給日数が確定します。)

支給期間中の復職期間、有給休暇などの不支給日数は支給期間に含まれません。

延長傷病手当金…傷病手当金給付日数消化後、通算9か月(支給開始日に支給日数が確定します。)

## 4. 傷病手当金の支給調整

	給与の一部支払いがある場合
①	休業中に会社から報酬が支払われている場合(交通費・諸手当など)は、報酬額が傷病手当金の額よりも少ない場合は、その差額が支給されます。
	障害厚生年金・障害手当金を受けている場合
②	同一傷病での障害厚生年金等の受給額が傷病手当金の額よりも少ない場合は、その差額が支給されます。 ●年金証書 ●直近の年金振込通知書 ●年金改定通知書 ●裁定通知書 のコピーを添付

\*傷病手当金を申請しているときに、年金の受給金額が改定された場合は、すみやかに健保までご連絡ください。

## 5. 内容審査について

疾病・負傷やその症状、医療機関への受診(投薬)状況等、過去の傷病手当金の受給状況等により、必要に応じて被保険者、医師等へ照会させていただき、支給可否について判断を行います。

**過去に傷病手当金を受給したことがある方は、「同意書」の提出が必要です。**

## 6. 注意事項

①	記入もれ、間違いがないか確認してください。訂正箇所がある場合は訂正印を押印ください
②	なるべく給与の締日(20日)に合わせ1ヶ月毎に申請ください
③	医師の証明は、申請期間経過後に受けてください
④	病院を転院する場合は申請書を分けて作成し、それぞれの病院で医師の証明を受けてください

## 7. 申請書の提出について

**傷病手当金の申請書は申請期間の翌月からの受付となります(当月中は申請はできません)**

申請期間の翌月になりましたら、各事業所の総務人事(社会保険担当者様)にご提出ください。

具体的な手続きや事業所への提出期限等については、事前に担当者様へご確認をお願いいたします。

**理由:申請期間の欠勤控除額を確認する必要があり、翌月度の給与明細を添付していただくため**

## 8. 添付書類について

提出の際、傷病手当金申請書2枚目下段の「療養担当医師が意見を記入するところ」に医師の捺印がない場合は、以下の書類を添付してください。

- ① 申請期間中に診察を受けた医療機関発行の「領収書」のコピー
  - ② 医療機関が傷病手当金申請書に記入した際の「傷病手当金意見書交付料」が記載された「医療費明細書」のコピー
- ※添付のない場合は、2~3か月給付が遅れる場合があります。

## 9. 傷病手当金の支給日

給付書類締日までに健保へ提出された申請書は、翌月の給与日に事業所を通して支給いたします。(給与等での支給)

**\*毎月の給付書類締切日(健保必着日)をホームページに掲載していますのでご確認ください**

## 10. お問い合わせ先

カシオ健康保険組合 給付担当 < TEL:03-5334-4263 メール:kenpo-kyufu@casio.co.jp >

・傷病手当金の申請後、健康保険法に基づいた審査等のため支給決定までに時間がかかる場合があります。

・記入もれや書類不備等があると、給付が遅れる場合がありますのでご注意ください。

## 傷病手当金第1回目(初回)の申請について

傷病手当金第1回目の申請には、以下の書類を添付してご提出ください

1. 「傷病手当金申請に伴う本人状況報告書」(別添①)
2. 「傷病手当金申請に伴う負傷原因届」 (別添②)・・・ ケガ(骨折など)での申請の場合のみ提出
3. 「同意書」(別添③)
4. 申請期間中に診察を受けた医療機関発行の「領収書」のコピー
5. 医療機関が傷病手当金に証明を記入した日の「傷病手当金意見書交付料」の記載された「医療費明細書」のコピー

※4と5については2回目以降は「療養担当医師が意見を記入するところ」に医師の捺印がない場合は必ず添付してください。

### 待期期間について

傷病手当金は、病気やケガの療養のため、連続して仕事を休んだ日から3日間(待期期間)の後、4日目以降の  
仕事に就けなかった日(労務不能)に対して支給されます。

- ・就労中に発生した傷病(業務外の事由)で労務不能となった場合には、その日も待期の初日として起算されます
- ・土日、祝日等の公休日や有給日も待期期間に含まれます

### 第1回目の申請について

- ・欠勤日から無給となる方 ⇒ 欠勤開始日の3日前(待期)を含めた期間で申請する
- ・休職日から無給となる方 ⇒ 休職開始日の3日前(待期)を含めた期間で申請する
- ・有休を私用しない、有休を取得していない方 ⇒ 労務不能になった日から申請してください

### 事例①:欠勤日から無給となる方の申請

4/16に私用外出中に負傷し、そのまま労務不能となる ⇒ケガによる申請のため「負傷原因届」も提出  
4/16から7/6まで労務不能のため休業 4/16から5/31まで有給 6/1から欠勤(無給)

4月	公	公	有	有	有	有	有	公	公	有	有	有	有	公	公													
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30													
5月	公	公	公	公	公	公	公	公	有	有	有	有	有	公	公	有	有	有	有	有	公							
	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

← 給与が支払われているので申請しない →

5月	公	有	有	6月	欠	欠	欠	公	公	欠	欠	欠	欠	欠	公	公	欠	欠	欠	欠	公	公	欠
	29	30	31	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

← 傷病手当金第1回目の申請期間 →

6月	欠	欠	欠	欠	公	公	欠	欠	欠	欠	7月	欠	公	公	欠	欠	欠	出
	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	1	2	3	4	5	6	7	

← 傷病手当金第2回目の申請期間 → 職場復帰

第1回目の申請期間	5月29日から6月20日 23日間 5/29・30・31で待期完成 6月01日から6月20日 20日間支給 6月1日が支給開始日
提出時期(翌月申請)支給日	7月中に事業所へ提出 *7月度の給与明細添付(6月度欠勤控除額を確認) ⇒ 8月度の給与日に事業所を通して支給
第2回目の申請期間	6月21日から7月6日 16日間支給
提出時期(翌月申請)支給日	8月中に事業所へ提出 *8月度の給与明細添付(7月度欠勤控除額を確認) ⇒ 9月度の給与日に事業所を通して支給

- ・申請期間の翌月になりましたら、各事業所の総務人事(社会保険担当者様)にご提出ください。
- ・具体的な手続きや事業所への提出期限等については、事前に担当者様へご確認をお願いいたします。

傷病手当金第1回目の申請書に併せて提出してください

(和暦) 年 月 日

## 傷病手当金申請に伴う本人状況報告書(初回申請用)

カシオ健康保険組合が傷病手当金の審査を行う際、健康保険法で定められている同一の傷病での支給期間(1年6ヶ月)を超えていないかまた、過去の受給の継続なのか再発なのかを判断するために必要な情報になりますのでご記入をお願いします。

※ 同意書の提出は必須です。

※ 日付は全て和暦でご記入ください。

①	今までに傷病手当金を受給したことがありますか？(以前勤めていた会社で受給していた場合も含まれます)	
	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	
①で「ある」と答えた場合		
	受給した健保名	<input type="checkbox"/> カシオ健保 <input type="checkbox"/> その他 ⇒ 組合名称を記入( )
②	受給した期間(和暦)	年 月 日 から 年 月 日 まで 年 月 日 から 年 月 日 まで
	受給した傷病名	
今回申請されている傷病手当金の、「傷病名」・「発病または負傷年月日」・「通院状況」を記入してください		
③	傷病名	
	発病または負傷年月日(和暦)	年 月 日 頃
	通院状況	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 通院中( 週間に 回) <input type="checkbox"/> 通院していない
④	第三者行為によるものですか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ⇒ <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 自損事故 <input type="checkbox"/> その他(暴力等)
	業務上・通勤途上のものでしょうか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
⑤ 上記の傷病で就労不能となった日を記入してください(有休を含め休み始めた日を記入してください)		
	就労不能となった日(和暦)	年 月 日 から就労不能
⑥ 発病または負傷の原因を記入してください		
⑦ 職場での具体的な仕事の内容を記入してください		
⑧ 今回の傷病によって職務に就けなかった理由を記入してください		
⑨ 現在の症状と医師から指示されている療養の内容を詳しく記入してください		
※この調査は健康保険法第59条に基づいて行っており利用目的以外で使用することはありません。		
・記入漏れの場合は健康保険法第121条により、虚偽申告の場合は同第120条により傷病手当金の支給ができません。		
・記入された内容によりカシオ健康保険組合が内容の詳細について照会したり、追加書類を求めることがあります。		
・傷病手当金決定のためカシオ健康保険組合が関係諸機関に内容の確認や意見補足のため照会する場合があります。		

確認欄	①②の確認後✓を入れてください。✓がない場合は確認が必要な為受理できない場合があります。
<input type="checkbox"/>	この届出については①または②の要件をみたしたものである
<input type="checkbox"/>	① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。
<input type="checkbox"/>	② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。
	※②は事業所が届出の記載を行う場合で事業所担当者が申請者本人に対し届出に誤りがないか確認を求め申請者が内容について確認した場合

傷病手当金を申請する状況は上記のとおりです。(和暦) 年 月 日 現在)

記号 番号

被保険者氏名

ケガでの申請の場合はこちらにも記入してください

健保決裁欄		整理番号	
常務理事	事務長	担当者	

## 傷病手当金申請に伴う負傷原因届

※ 同意書の提出は必須です。

※ 日付は全て和暦でご記入ください。

(和暦) 年 月 日提出

被保険者	記号・番号	記号		番号		氏名		
	現住所	〒						
	事業所・部署名							
	日中の連絡先	メールアドレス:		TEL:				
被保険者または負傷した方が記入するところ	傷病名							
	治療状況 (和暦)	病院名					□入院 □外来	
		治療経過	年 月 日 現在		□治療 □治療継続中 □中止			
		治療期間	年 月 日 から		年 月 日 まで			
	負傷日時 (和暦)	年 月 日		午前・午後		時 分頃		
	負傷した時間帯 (状況)	□出勤日 □休日(休暇含む) □その他( )						
		□勤務時間中 □勤務日の休憩中 □出張中 □私用中						
		□通勤途中 ( □出勤 □退勤 / □寄り道なし □寄り道あり( ) ) □その他( )						
	負傷場所	□会社内 □路上 □駅構内 □自宅						
		□その他( )						
負傷原因	□交通事故(自転車事故含む) ⇒ ( □自損事故 □第三者との事故 )※別途届出あり							
	□暴力 ( □ケンカ □暴行を受けた )							
	□スポーツ中 ( □職場の行事 □任意参加のサークル又は個人の趣味でしているもの )							
	□動物による負傷 ( 飼い主: □有 □無 ) □どれにもあてはまらない							
労災該当の有無	□該当する □該当しない □申請予定							
事故相手の有無	事故相手はいますか? また相手がいる場合、あなたは被害者ですか、加害者ですか?							
	相手: □有り ( あなたは □被害者 □加害者 ) □無し							
負傷した時の状況を具体的に記入してください								

確認欄 ①②の確認後✓を入れてください。✓がない場合は確認が必要な為受理できない場合があります。

この届出については①または②の要件をみたしたものである

□ ① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。

□ ② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。

※②は事業所が届出の記載を行う場合で事業所担当者が申請者本人に対し届出に誤りがないか確認を求め申請者が内容について確認した場合

● 負傷した原因が、自損による交通事故の場合、「自損事故発生状況報告書」の提出をお願いすることがあります。

● 負傷した原因が、他人の行為による場合、「第三者の行為による傷病届」の届出が必要となります。⇒ 健保よりご連絡いたします。

● 業務上、通勤途上の疾病・負傷の場合は、労災保険による給付の対象となり、健康保険が使えないことがありますので、

事前に事業所へご確認ください。

カシオ健康保険組合 理事長 殿

## 同 意 書

カシオ健康保険組合(以下、カシオ健保)が健康保険法による傷病手当金の支給決定を行うにあたり、下記事項について同意いたします。

- ・ カシオ健保が以前私の加入していた保険者に対し、私にかかる資格および給付履歴等の照会を行い、照会を受けた保険者がカシオ健保に対して回答すること  
※傷病手当金の受給記録(写)、診療報酬明細書(写)の開示について情報の提供を依頼し、その開示を受けること
- ・ カシオ健保が以前私の受診した医療機関に対し、傷病手当金にかかる診療内容等の照会を行い、照会を受けた医療機関がカシオ健保に対して回答すること
- ・ カシオ健保が現在(または以前に)、私の在職している(在職していた)勤務先等に私の個人情報に関する照会を行い、照会を受けた勤務先等がカシオ健保に対して回答すること
- ・ カシオ健保が現在(または以前に)、私の在職している(在職していた)勤務先等の産業医に対し、上記医療機関の回答書等をもとに照会を行い、照会を受けた産業医がカシオ健保に対して回答すること

※ 照会先が複数となる場合は、本同意書の写しも有効とさせていただきます。

(和暦) 年 月 日

被保険者証 記号 番号

住 所

被保険者氏名

印

## 健康保険 傷病手当金・付加金 支給申請書 (第 回)

※ 記入事項を訂正される場合、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、ご本人による署名または押印が必要です (和暦) 年 月 日提出  
※ 日付は全て和暦でご記入ください。

被 保 険 者 ( 申 請 者 ) が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の記号・番号		被保険者氏名				生年月日(和暦)				
	記号	番号					年	月	日		
	現住所 (日中の連絡先)		〒				電話番号				
							メールアドレス				
	事業所名 所属部署名		仕事の内容				<input type="checkbox"/> 技術系 <input type="checkbox"/> 製造系 <input type="checkbox"/> 営業系 <input type="checkbox"/> 事務系 <input type="checkbox"/> その他( )				
	傷病名		(1)	初診日 (和暦)				年	月	日	
			(2)	初診日 (和暦)				年	月	日	
	申請期間 (療養の為、休んだ期 間)・(和暦)		年	月	日	から	年	月	日	まで	日間
	上記の申請期間について、ご自身の体調や症状をご記入ください。医師からの治療に関する指示内容をご記入ください。										
	*必ず記入してください										
「障害厚生年金」または「障害手当金」を受給(予定)していますか ※日付は和暦でご記入ください。											
<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(傷病名: 受給開始年月: 年 月 年間金額: 円) 障害の等級: 級 <input type="checkbox"/> 年金額改定:(改定年月 年 月 年間金額: 円) <input type="checkbox"/> 手続き中											
<退職者のみ記入> 振込希望口座		銀行 信用金庫		預金 種別	普通 当座	口座名義 (カタカナ)					
		支店 出張所				口座番号					

※ 任継者の方は、振込口座記入不要(任継資格取得申請書に記入していただいた口座に振込します)

受 取 代 理 人 の 欄	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。(和暦) 年 月 日				
	代理人 (口座名義人)	氏名	住所			
		(フリガナ)	委任者と代理人との関係			
		氏名	電話番号			
		住所				

本紙に記載された個人情報は、傷病手当金を支給決定する目的にのみを使用し、目的の範囲を超えての利用は致しません。

## 【太枠内は健保記入欄です】

伺年月日	年	月	日	傷手支給 開始日	年	月	日	総支給日数	前回残日数	今回残日数			
支 給 額	百	拾	万	支 給 期 間	年	月	日	平均日額 (円)	傷手日額 (円)				
					年	月	日	法定日額 (円)	付加日額 (円)				
内 訳	法定給付			入 院 期 間	年	月	日	前 回	始	年	月	日	総支給日数
	付加給付				年	月	日			終	年	月	

健保受付印

※日付は全て和暦でご記入ください。

事業主が証明するところ	記号 - 番号	-		被保険者氏名			健保確認欄																													
	労務に服さなかつた期間(和暦)	年 月 日 から		年 月 日 まで		日間	待 期 期 間																													
	勤務状況	出勤(遅・早)は「○」、有給(積休・代休)は「△」、公休は「公」、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		復帰状況(和暦)	年 月 日 復帰・退職																												
	賃金支給状況(手当)	期間	単価	年 月 度	年 月 度	年 月 度	年 月 度	休業状況 ... (欠勤中・休職中)																												
		区分						休職期間(和暦) ... 年 月 日から 年 月 日まで																												
		通勤手当						備考欄																												
欠勤控除額記入欄																																				
通勤手当について(和暦)		支給方法(無し・1ヶ月分・6ヶ月分) 支給額 _____ 円 <input type="checkbox"/> 年 月 日から(停止・支給) <input type="checkbox"/> 出勤日(有給)のみ日割支給																																		
上記のとおり相違ないことを証明します。			(和暦) 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 ( )																														
確認欄	①②の確認後✓を入れてください。✓がない場合は確認が必要な為受理できない場合があります。 <input type="checkbox"/> ① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。 <input type="checkbox"/> ② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。 ※②は事業所が届け出の記載を行う場合で事業所担当者が申請書本人に対し届出に誤りがないか確認を求め申請者が内容について確認した場合																																			

療養担当医師が意見を記入するところ	患者氏名																																		
	傷病名	(1)					療養の給付を開始した年月日(和暦)	(初診日) 年 月 日																											
		(2)					(初診日) 年 月 日																												
	発病または負傷の年月日(和暦)	年 月 日				転 帰	繰越・軽快・悪化・治療・中止・転院																												
	発病または負傷の原因																																		
	労務不能と認めた期間(和暦)	年 月 日 から		年 月 日 まで		日間	左の期間中の入院期間(和暦)	年 月 日 から 年 月 日 まで 日間																											
	上の期間中の診療実日数	日間	診療日を○で囲んでください	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
	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」等を詳しくご記入ください																																		
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をご記入ください						今後の見通しについてご記入ください																													
						A. 引続き加療を要する 年 月頃まで加療見込み																													
						B. 年 月頃から就労可能な見込み																													
						C. その他 ( )																													
人工透析実施、人工臓器等の装着について	人工透析実施または人工臓器等の装着日 : (和暦) 年 月 日																																		
	人工透析実施または人工臓器等の種別 : 人工肛門・人工膀胱・人工関節・人工骨頭・心臓ペースメーカー・人工透析・その他( )																																		
上記のとおり相違ありません。			(和暦) 年 月 日		《お願い》 <input type="checkbox"/> 証明日以前の期間を証明願います <input type="checkbox"/> 訂正箇所には訂正印を押印願います																														
医療機関所在地		医療機関名称		医師の氏名		電話 ( )																													

# 健康保険 傷病手当金・付加金 支給申請書 (第 回)

※ 記入事項を訂正される場合、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、ご本人による署名または押印が必要です (和暦) 年 月 日提出  
 ※ 日付は全て和暦でご記入ください。

被保険者(申請者)が記入するところ	被保険者証の記号・番号		被保険者氏名		生年月日(和暦)												
	記号	1101	番号	99999	健保 太郎	H 1 年 3 月 5 日											
	現住所(日中の連絡先)		〒 000-0000		電話番号 03 - 0000 - 0000												
	東京都港区〇〇 1-1 △△マンション101		メールアドレス		××××@gmail.com												
	事業所名	〇〇株式会社〇〇事業所		仕事の内容	<input type="checkbox"/> 技術系 <input type="checkbox"/> 製造系 <input type="checkbox"/> 営業系 <input checked="" type="checkbox"/> 事務系 <input type="checkbox"/> その他( )												
	所属部署名	〇〇部〇〇課		初診日(和暦)	H28 年 4 月 16 日												
	傷病名	(1) 鎖骨骨折	傷病名がケガの場合は「 <b>負傷原因届</b> 」を必ず添付してください		初診日が不詳の場合、「H〇〇年〇月頃」と記入してください												
		(2) 左大腿骨骨折															
	申請期間(療養の為、休んだ期間)・(和暦)	H28	年	5	月	29	日	から	H28	年	6	月	20	日	まで	23	日間
	上記の申請期間について、ご自身の体調や症状をご記入ください。医師からの治療に関する指示										申請期間の日数には公休日(土日・祝日)も含めた日数を記入						
*必ず記入してください										長期間休業する場合は、毎月ごとに区切って申請してください							
現在も入院療養中。ギプスによる固定をおこなっている。今後はリハビリにて歩行訓練を行う予定。																	
「障害厚生年金」または「障害手当金」を受給(予定)していますか ※日付は和暦でご記入ください。																	
<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(傷病名: _____ 受給開始年月: _____ 年 _____ 月 年間年金額: _____ 円)																	
障害の等級: _____ 級 <input type="checkbox"/> 年金額改定:(改定年月 _____ 年 _____ 月 年間年金額: _____ 円) <input type="checkbox"/> 手続き中																	
<退職者のみ記入>		銀行信用金庫		預金種別	普通	口座名義(カタカナ)				口座番号							
		支店出張所		当座													

※ 任職者の方は、振込口座記入不要 (任職資格取得申請書に記入していただいた口座に振込します)

受取代理人の欄	被保険者(申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。(和暦) 年 月 日	
	代理人(口座名義人)	氏名	住所
		(フリガナ)	委任者と代理人との関係
		氏名	電話番号
		住所	

本紙に記載された個人情報は、傷病手当金を支給決定する目的のみに使用し、目的の範囲を超えての利用は致しません。

【太枠内は健保記入欄です】

伺年月日	年 月 日	傷手支給開始日	年 月 日	総支給日数	前回残日数	今回残日数	
支給額	百万 拾万 万 千 百 拾 円	支給期間	年 月 日 日間	平均日額 (円)	傷手日額 (円)	法定日額 (円)	
					付加日額 (円)		
内訳	法定給付	入院期間	年 月 日 日間	前回	始	年 月 日	総支給日数
	付加給付		年 月 日 日間			終	

健保受付日付



※日付は全て和暦でご記入ください。

事業主が証明するところ	記号 - 番号	—	被保険者氏名			健保確認欄																														
	労務に服さなかった期間(和暦)	年 月 日 から 年 月 日 まで 日間																																		
	勤務状況	出勤(遅・早)は「○」、有給(積休・代休)は「△」、公休は「公」、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																											日	日						
		年 月																											日	日						
	上記の期間						日	休職・復帰・退職																												
	賃金支給状況(手当)	<b>事業主が証明するところ</b>  <b>傷病手当金の申請は、申請期間の翌月から受付いたします。</b> <b>事業所の人事または総務へご提出ください</b>																																		
通勤手当																																				
欠勤控除額記入欄																																				
通勤手当について(和暦)	支給方法(無し・1ヶ月分・6ヶ月分) 支給額 円 □ 年 月 日から(停止・支給) □ 出勤日(有給)のみ日割支給																																			
上記のとおり相違ないことを証明します。							(和暦) 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 ( )																													
確認欄	①②の確認後✓を入れてください。✓がない場合は確認が必要な為受理できない場合があります。 <input type="checkbox"/> ① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。 <input type="checkbox"/> ② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。 ※②は事業所が届け出の記載を行う場合で事業所担当者が申請書本人に対し届出に誤りがないか確認を求め申請者が内容について確認した場合						<div style="background-color: #0070c0; color: white; padding: 5px; display: inline-block;"> <b>確認して✓記入。</b> </div>																													

療養担当医師が意見を記入するところ	患者氏名						
	傷病名	(1) ①	療養の給付を開始した年月日(和暦)	(初診日)	② 年 月 日		
		(2)		(初診日)	年 月 日		
	発病または負傷の年月日(和暦)	年 月 日	転帰	繰越・軽快・悪化・治癒・中止・転院			
	発病または負傷の原因						
	労務不能と認めた期間(和暦)	③ 年 月 日 から 年 月 日 まで 日間	左の期間中の入院期間(和暦)	年 月 日 から 年 月 日 まで 日間			
	上の期間中の診療実日数	日間	<b>療養を担当した医師に記入を依頼してください</b>				
	上記の期間中における「主たる症状お	<b>【療養担当者の方へ】</b> ① 複数の傷病名がある場合、(1)から主たる病名を順次ご記入ください ② 左の傷病名について、その傷病の初診の日をご記入ください ③ 治療期間ではなく、療養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					
	人工透析実施、人工臓器等の装着について	人工透析実施または人工臓器等の種別 : 人工肛門・人工膀胱・人工関節・人工骨頭・心臓ペースメーカー・人工透析・その他( )					
	上記のとおり相違ありません。						
医療機関所在地 医療機関名称 医師の氏名						<div style="background-color: #ffc000; padding: 2px; display: inline-block;"> <b>医師の証明日の記入もれがないか確認してください</b> </div>	
						電話 ( )	