傷病手当金請求書 (第 回)

被保険者記入欄	被保険者証 記号番号	記号 番号	被保険者の 氏名			
	被保険者 現住所	〒				
	被保険者の資格 取得年月日	平成 令和	年 月 日	傷病名	発病又は 負傷の原因	
	疾病又は負傷の ため休んだ期間	令和	年 月 日 から	日間	障害年金	令和 年 月 申請 (予定)

事業主証明欄	労務に服さなかった期間	令和	年 月 日 から	令和	年 月 日まで	日間
	うへの期間中に報酬の 全額又は一部を支給し た場合	令和	年 月 日 から	令和	年 月 日 まで	の分 月 日 支払金 円
	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 事業主住所 氏名					

担当医師証明欄	傷病名				発病又は負傷の原因		
	発病又は負傷の 年 月 日	平成 令和	年 月 日	療養の給付を開始 した年月日	平成 令和	年 月 日	
	労務不能と認めた 期間	令和	年 月 日 から	日間	左の期間中の 診療実日数	日間	
	入院した場合 その期間	令和	年 月 日 から	令和	年 月 日まで	日間	
	労務不能と認めた期間に行った診療内容 ・療養の指示内容・経過概要（検査や手術など、出来るだけ詳しく記入してください） ・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 ・診療期間について（診療実日数1日以下の場合は下記ア.イ.にお答えください） ア.実診療日数は医師の診療上の方針や指示ですか。 イ.この診療実日数を持って請求期間全てが労務不能ですか。 ・今後の療養見込み期間又は就労の見通しについて 令和 年 月 頃 上記とおおり相違ありません 令和 年 月 日 医師 住所 氏名 電話						

マルハニチロ健康保険組合

算出の基礎	支払金額 円
	月額算出方法

マルハニチロ健康保険組合捺印欄			