

傷病手当金支給申請書

R5改定 2/2
事業主・医師記入

(第 回目)

申請者が記入するところ	⑰	記号-番号	-	⑱	申請者氏名																													
事業主が証明するところ	⑲	労務に服さなかった期間	年 月 日 ~ 年 月 日	日間																														
	⑳	上記期間中の報酬(月ごと)	年 月 日 ~ 年 月 日	円	㉑	復職状況 (1) 未定 (2) 年 月 日復職 予定済 (3) その他()																												
			年 月 日 ~ 年 月 日	円			㉒	担当者名																										
	㉓	<p style="text-align: right;">証明日 年 月 日</p> <p>上記のとおり相違ないことを証明します。</p> <p style="text-align: center;">所在地</p> <p style="text-align: center;">事業主の名称 ㉔</p> <p style="text-align: center;">TEL</p>																																
療養を担当した医師が意見を書くところ (押印不要)	㉔	労務不能と認めたる傷病名	(1)	㉕	療養の給付を開始した年月日(初診日)	(1) 年 月 日																												
			(2)			(2) 年 月 日																												
			(3)			(3) 年 月 日																												
	㉖	労務不能と認めたる期間	年 月 日 ~ 年 月 日	日間																														
	㉗	診療日数および診療日 (診療日に○)	月 日間	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 日間	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 日間	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
㉘	労務不能と認めたる期間における「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)	主たる症状と経過、および治療内容、検査結果、療養指導等					労務不能と認められた医学的な所見等																											
㉙	上記期間中に入院期間がある場合はその期間	年 月 日 ~ 年 月 日	日間	㉚	療養の費用区分(該当に○)	健保・自費・公費・その他																												
㉛	<p style="text-align: right;">証明日 年 月 日</p> <p>上記のとおり相違ないことを証明します。</p> <p style="text-align: center;">住所(所在地)</p> <p style="text-align: center;">医療機関名</p> <p>医師の氏名</p> <p style="text-align: center;">TEL</p>																																	

※医療機関の所在地・名称はゴム印(スタンプ)等を使用してください