

申請者 記入欄	記号	番号	氏名	中工 太郎 印	所属	〇〇支社 〇〇営業所	住所	〇〇市〇〇〇 ×××-××	
	2 8	9 9 9 9 9							
	傷病名				〇〇〇〇〇〇〇	発病年月日	令和 〇 年 〇〇 月 〇〇 日		
	傷病の原因				〇〇〇〇〇〇〇	診療開始日	令和 〇 年 〇〇 月 〇〇 日		
					第三者行為によるものですか？（はい・いいえ）				
	傷病又は負傷の療養をするために休んだ期間			令和 〇 年 〇〇 月 〇〇 日から 令和 〇 年 〇〇 月 〇〇 日まで 〇〇 日間					
	確認事項	①上記申請期間に報酬（給与・手当など）を受け取りましたか？				はい・いいえ			
		①-1 「はい」と答えた場合、その報酬額とその対象となった期間をご記入ください。				令和 〇 年 〇〇 月 〇〇 日から 令和 〇 年 〇〇 月 〇〇 日まで	〇〇, 〇〇〇 円		
		②「障害厚生年金」または「障害手当金」を受給していますか？				はい・請求中・いいえ			
		②-1 「はい」または「請求中」と答えた場合、受給の要因である傷病名および基礎年金番号等をご記入ください。 *直近の年金払込通知書(写)または年金額改定通知書(写)を添付				傷病名	〇〇〇〇〇		
				基礎年金番号	〇〇〇〇〇				
③上記申請期間中、労災保険から休業補償給付を受けていますか？ （又は過去に受けていましたか？）				はい・請求中・いいえ					
委任欄	③-1 「はい」または「請求中」と答えた場合、支給元（請求先）の労働基準監督署をご記入ください。*「はい」の場合、支給決定通知書(写)を添付				労働基準監督署				
	④この申請者記入欄は、すべて本人（被保険者）が記入されましたか？				はい・いいえ				
	上記のとおり申請します。なお、給付金の受領は、事業主に委任します。 令和 〇 年 〇〇 月 〇〇 日 被保険者氏名 中工 太郎 印								

療養を担当した医師の意見欄	傷病名	(1)		左記傷病の診療開始日	(1)	令和 年 月 日
		(2)			(2)	令和 年 月 日
	傷病の原因				発病年月日	令和 年 月 日
	労務不能と認めた期間	*記入日以後の日付は記入しないでください。			左記期間中の入院期間	
		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間		令和 年 月 日 ~ 年 月 日	
	上記期間中の診療日数	日	上記期間中の診療日	／ , ／ , ／ , ／ , ／ , ／ , ／		
	※労務不能と認めた期間における「主たる症状及び経過」「治療内容・検査内容・療養指導内容」等（詳しく）					
	医師に記入を依頼して下さい。					
	※上記「症状および経過」からみて、労務不能と判断された医学的な所見（詳しく）					
	上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日 所在地 医療機関名 医師の氏名 印					

【2 / 2】

【注意事項】記載字句を訂正する場合の訂正印は、公印をお願いします。

添付書類に不足がないかご確認ください。

- 事業主
- ☐被保険者申請期間の稼働状況のわかる書類
- ☐被保険者申請期間の賃金支給表または賃金台帳の写

07.04 健保