

【記入例】

傷病手当金及び同付  
延長傷病手当付

被保険者記号一番号を記入

(第 回)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者 記号番号	* - * * * * *	事業所の 名称・所属	所属名と内線番号を記入 (内線 )			
	資格取得年月日	平成20年 4月 1日	傷病名	左大腿骨複雑骨折			
	発病又は負傷の年月日	令和6年 12月 3日					
	発病又は負傷の原因	自宅の階段から落下					
	療養のため休んだ期間 (請求期間)	令和 6年 12月 3日 から	令和 7年 1月 24日 まで		53 日間		
	上記の期間中の報酬について	事業主の証明のとおり					
	病院・診療所の	所在地	京都市 . . . . .				
		名称	. . . . . 病院				
	高齢(退職)年金または障害年金 または障害手当金受給の有無	有 <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/>	有の場合の年金額			円	
	上記のとおり請		申請日を記入		令和 7年 2月 1日		
被保険者		住所	京都市 . . . . .	住所・氏名を記入	押印を忘れずに		
氏名		健保 太郎		印			
委任状	この給付金の受領を		所属 氏名	(社内TEL ) 印 に委任します			
		請求者氏名		印			

事 業 主 が 証 明 す る と こ ろ	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	
	上記期間中の 報酬の明細	事業主に記入・証明を依頼			
	上記のとおり相違ないことを証明します	令和 年 月 日			

療 養 を 担 当 し た 医 師 が 意 見 を 記 入 す る と こ ろ	傷病名					
	負傷の原因					
	発病又は 負傷の年月日	令和 年 月 日	診療開始日	令和 年 月 日		
	労務不能と 認められた期間	令和 年 月 日 から	日間	診療実日数	日	
	傷病の主症状 および 経過概要	療養した病院の医師に記入依頼				
	上記のとおり相違ありません	令和 年 月 日				
医療機関 所在地 名称		TEL ( )				
担当医師の氏名		印				