

1 2 3 4

被保険者（申請者）情報

## 振込先指定口座

在職中の方は振込先指定口座は書かずに「口座名義の区分」を「2」として「受取代理人の欄」の「被保険者（申請者）」にご記入ください。任継者・休職者は「1」として振込先をご記入ください。

「申請者記入用」は2ページに続きます。〉〉〉

- 住友不動産ステップ健康保険組合

## 健康保険 傷病手当金 支給申請書

1

2

3

4

被保険者（申請者）記入用

|      |                                            |                                                         |                          |                                  |
|------|--------------------------------------------|---------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------------|
| 申請内容 | 1 傷病名                                      | 1) 右大腿骨転子下骨折<br>2)<br>3)                                | 2 発病<br>または<br>負傷<br>年月日 | 平成〇〇 年 〇 月 〇 日<br>年 月 日<br>年 月 日 |
|      | 3 該当の傷病は病気(疾病)ですか、ケガ(負傷)ですか。               | 2 1. 病気 (発病時の状況)<br>2. ケガ → 負傷原因報告書を併せてご提出ください          |                          |                                  |
|      | 4 療養のため休んだ期間(申請期間)                         | (和暦) 年 月 日<br>0 1 0 5 0 1 から 日数 31<br>0 1 0 5 3 1 まで 日間 |                          |                                  |
|      | 5 あなたの仕事の内容(具体的に)<br>(退職後の申請の場合は退職前の仕事の内容) |                                                         |                          |                                  |
|      |                                            |                                                         |                          |                                  |

|                                                                               |                                                                                                |                                                            |       |
|-------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-------|
| 確認事項                                                                          | 1 上記の療養のため休んだ期間(申請期間)に報酬を受けましたか。<br>または今後受けられますか。                                              | 2 1. はい<br>2. いいえ                                          |       |
|                                                                               | 1 - ① 「はい」と答えた場合、その報酬の額と、その報酬支払の基礎となった(なる)期間をご記入ください。                                          | 年 月 日 から 報酬額<br>年 月 日 まで 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。<br>受給している場合、どちらを受給していますか。                                       | 3 1. はい<br>2. 請求中<br>3. いいえ                                |       |
|                                                                               | 2 - ① 「はい」または「請求中」と答えた場合、受給の要因となった(なる)傷病名及び基礎年金番号をご記入ください。<br>「請求中」と答えた場合は、傷病名・基礎年金番号をご記入ください。 | 傷病名<br>基礎年金番号 年金コード<br>支給開始 〇昭和 〇平成 〇令和 年金額<br>年月日 年 月 日 円 |       |
|                                                                               | 3 (健康保険の資格を喪失した方はご記入ください。)老齢または退職を事由とする公的年金を受給していますか。<br>受給している場合、その名称ご記入ください。                 | 1. はい<br>2. 請求中<br>3. いいえ                                  |       |
| 3 - ① 「はい」または「請求中」と答えた場合、基礎年金番号等をご記入ください。<br>「請求中」と答えた場合は、傷病名・基礎年金番号をご記入ください。 | 基礎年金番号 年金コード<br>支給開始 〇昭和 〇平成 〇令和 年金額<br>年月日 年 月 日 円                                            |                                                            |       |
| 4 今回の申請は労災保険から休業補償給付を受けている期間のものですか                                            | 3 1. はい<br>2. 労災請求中                                                                            | 3. いいえ                                                     |       |
| 4 - ① 「はい」または「労災請求中」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。                          | 労働基準監督署                                                                                        |                                                            |       |
| 5 介護保険サービスを受けたとき                                                              | 保険者番号                                                                                          | 被保険者番号                                                     | 保険者名称 |

「事業主記入用」は3ページに続きます。》》》

# 健康保険 傷病手当金 支給申請書

事業主記入用

労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間の勤務状況及び賃金支払状況等をご記入ください。

|                                |                                                   |     |                                                                                                                                                                                    |                |                |                |
|--------------------------------|---------------------------------------------------|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|----------------|----------------|
| 事業主が証明する期間                     | 被保険者氏名                                            |     |                                                                                                                                                                                    |                |                |                |
|                                | 勤務状況 【出勤は○】で、【有給は△】で、【公休は公】で、【欠勤は／】でそれぞれ表示してください。 |     |                                                                                                                                                                                    |                |                |                |
|                                | 平・令                                               | 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                                                                                              |                |                |                |
|                                | 平・令                                               | 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                                                                                              |                |                |                |
|                                | 平・令                                               | 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                                                                                              |                |                |                |
|                                | 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                                                                                                                           |                |                |                |
|                                | 給与の種類                                             |     | <input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 時間給<br><input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 歩合給<br><input type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> その他 |                |                |                |
|                                | 賃金計算                                              |     | 締日<br>支払日 <input type="checkbox"/> 当月 <input type="checkbox"/> 翌月                                                                                                                  |                |                |                |
|                                | 上記の期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況をご記入ください。                    |     |                                                                                                                                                                                    |                |                |                |
|                                | 支給した(する)賃金内訳                                      | 期間  | 単価                                                                                                                                                                                 | 月 日<br>～ 月 日 分 | 月 日<br>～ 月 日 分 | 月 日<br>～ 月 日 分 |
| 区分                             |                                                   |     | 支給額                                                                                                                                                                                | 支給額            | 支給額            |                |
| 基本給                            |                                                   |     |                                                                                                                                                                                    |                |                |                |
| 通勤手当                           |                                                   |     |                                                                                                                                                                                    |                |                |                |
| 住居手当                           |                                                   |     |                                                                                                                                                                                    |                |                |                |
| 扶養手当                           |                                                   |     |                                                                                                                                                                                    |                |                |                |
| 手当                             |                                                   |     |                                                                                                                                                                                    |                |                |                |
| 手当                             |                                                   |     |                                                                                                                                                                                    |                |                |                |
| 現物給与                           |                                                   |     |                                                                                                                                                                                    |                |                |                |
| 計                              |                                                   |     |                                                                                                                                                                                    |                |                |                |
| 上記のとおり相違ないことを証明する。 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 ( )                   |                                                   |     |                                                                                                                                                                                    |                |                |                |

※事業主(人事部)記入欄

## 記入例

|                                              |                                                   |                                                                                       |                                                                                                                                                                                               |                |                |                |
|----------------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|----------------|----------------|
| 事業主が証明する期間                                   | 被保険者氏名 協会 太郎                                      |                                                                                       |                                                                                                                                                                                               |                |                |                |
|                                              | 勤務状況 【出勤は○】で、【有給は△】で、【公休は公】で、【欠勤は／】でそれぞれ表示してください。 |                                                                                       |                                                                                                                                                                                               |                |                |                |
|                                              | 平成26年 4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                                                                                                                                             |                |                |                |
|                                              | 平成26年 5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                                                                                                                                             |                |                |                |
|                                              | 平成 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 |                                                                                                                                                                                               |                |                |                |
|                                              | 上記の期間に対して、賃金を支給しました(します)か？                        |                                                                                       | <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ                                                                                                                           |                |                |                |
|                                              | 給与の種類                                             |                                                                                       | <input checked="" type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 時間給<br><input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 歩合給<br><input type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> その他 |                |                |                |
|                                              | 賃金計算                                              |                                                                                       | 締日 15日<br>支払日 <input checked="" type="checkbox"/> 当月 <input type="checkbox"/> 翌月 25日                                                                                                          |                |                |                |
|                                              | 上記の期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況をご記入ください。                    |                                                                                       |                                                                                                                                                                                               |                |                |                |
|                                              | 支給した(する)賃金内訳                                      | 期間                                                                                    | 単価                                                                                                                                                                                            | 月 日<br>～ 月 日 分 | 月 日<br>～ 月 日 分 | 月 日<br>～ 月 日 分 |
| 区分                                           |                                                   |                                                                                       | 支給額                                                                                                                                                                                           | 支給額            | 支給額            |                |
| 基本給                                          |                                                   | 300,000                                                                               | 135,000                                                                                                                                                                                       |                |                |                |
| 通勤手当                                         |                                                   | 120,000                                                                               |                                                                                                                                                                                               |                |                |                |
| 住居手当                                         |                                                   | 20,000                                                                                | 20,000                                                                                                                                                                                        |                |                |                |
| 扶養手当                                         |                                                   |                                                                                       |                                                                                                                                                                                               |                |                |                |
| 手当                                           |                                                   |                                                                                       |                                                                                                                                                                                               |                |                |                |
| 手当                                           |                                                   |                                                                                       |                                                                                                                                                                                               |                |                |                |
| 現物給与                                         |                                                   |                                                                                       |                                                                                                                                                                                               |                |                |                |
| 計                                            |                                                   | 440,000                                                                               | 155,000                                                                                                                                                                                       |                |                |                |
| 上記のとおり相違ないことを証明します。 平成26年 5月 21日 担当者氏名 ○○ ○○ |                                                   |                                                                                       |                                                                                                                                                                                               |                |                |                |
| 事業所所在地 東京都千代田区△△ 1-1                         |                                                   |                                                                                       |                                                                                                                                                                                               |                |                |                |
| 事業所名称 ○○株式会社                                 |                                                   |                                                                                       |                                                                                                                                                                                               |                |                |                |
| 事業主氏名 健保 三郎 電話 03 ( )                        |                                                   |                                                                                       |                                                                                                                                                                                               |                |                |                |

### 【被保険者の方へ】

① お勤め先の事業所に証明を受けてください。資格喪失日以降の期間に関する申請については、空欄でご提出ください。

### 【事業主の方へ】

② 労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間(賃金計算の締日の翌日から締日の期間)の勤務状況について、出勤した場合は○で、有給の場合は△で、公休日の場合は公で、欠勤の場合は／で表示してください。

③ 給与の種類について、該当する給与の種類を選んでください。

④ 賃金計算の締日および賃金の支払日をご記入ください。

⑤ 労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間における賃金支給状況についてご記入ください。また、賃金支給状況がわかるよう、賃金計算方法や欠勤控除計算方法等をご記入ください。

⑥ ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入ください。

「療養担当者記入用」は4ページに続きます。>>>

## 健康保険 傷病手当金 支給申請書

1 2 3 4

療養担当者記入用

|                                             |                        |     |   |     |                                                            |            |     |    |    |        |                                                                                                                        |    |                                                                                                                    |     |    |    |    |     |    |    |    |     |    |    |    |    |    |    |    |    |                      |    |     |    |          |   |   |   |      |   |   |   |      |    |    |    |      |    |    |    |           |    |    |    |      |    |    |    |        |    |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|---------------------------------------------|------------------------|-----|---|-----|------------------------------------------------------------|------------|-----|----|----|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----|----|----|-----|----|----|----|-----|----|----|----|----|----|----|----|----|----------------------|----|-----|----|----------|---|---|---|------|---|---|---|------|----|----|----|------|----|----|----|-----------|----|----|----|------|----|----|----|--------|----|----|----|----|----|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 療養担当者記入欄                                    | 患者氏名                   |     |   |     |                                                            |            |     |    |    |        |                                                                                                                        |    |                                                                                                                    |     |    |    |    |     |    |    |    |     |    |    |    |    |    |    |    |    |                      |    |     |    |          |   |   |   |      |   |   |   |      |    |    |    |      |    |    |    |           |    |    |    |      |    |    |    |        |    |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                                             | 傷病名                    | (1) |   |     |                                                            |            |     |    |    |        |                                                                                                                        |    | 療養の給付開始年月日(初診日)                                                                                                    | (1) | 年  | 月  | 日  | (2) | 年  | 月  | 日  | (3) | 年  | 月  | 日  |    |    |    |    |    |                      |    |     |    |          |   |   |   |      |   |   |   |      |    |    |    |      |    |    |    |           |    |    |    |      |    |    |    |        |    |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                                             | 発病または負傷の年月日            | 年   | 月 | 日   | <input type="checkbox"/> 発病<br><input type="checkbox"/> 負傷 | 発病または負傷の原因 |     |    |    |        |                                                                                                                        |    |                                                                                                                    |     |    |    |    |     |    |    |    |     |    |    |    |    |    |    |    |    |                      |    |     |    |          |   |   |   |      |   |   |   |      |    |    |    |      |    |    |    |           |    |    |    |      |    |    |    |        |    |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                                             | 労務不能と認められた期間           | 年   | 月 | 日から | 年                                                          |            |     |    |    |        |                                                                                                                        |    |                                                                                                                    |     |    |    |    |     |    |    |    |     |    |    |    |    |    |    |    |    |                      | 月  | 日まで | 日間 |          |   |   |   |      |   |   |   |      |    |    |    |      |    |    |    |           |    |    |    |      |    |    |    |        |    |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                                             | うち入院期間                 | 年   | 月 | 日から | 年                                                          | 月          | 日まで | 日間 | 入院 | 療養費用の別 | <input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 公費( )<br><input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他 | 転帰 | <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止<br><input type="checkbox"/> 繰越 <input type="checkbox"/> 転医 |     |    |    |    |     |    |    |    |     |    |    |    |    |    |    |    |    |                      |    |     |    |          |   |   |   |      |   |   |   |      |    |    |    |      |    |    |    |           |    |    |    |      |    |    |    |        |    |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 診療実日数                                       | 診療日を<br>〇で囲んで<br>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「主たる症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等(詳しく) |                        |     |   |     |                                                            |            |     |    |    |        |                                                                                                                        |    |                                                                                                                    |     |    |    |    |     |    |    |    |     |    |    |    |    |    |    |    |    | 手術年月日                | 年  | 月   | 日  |          |   |   |   |      |   |   |   |      |    |    |    |      |    |    |    |           |    |    |    |      |    |    |    |        |    |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| ※担当医師記入欄                                    |                        |     |   |     |                                                            |            |     |    |    |        |                                                                                                                        |    |                                                                                                                    |     |    |    |    |     |    |    |    |     |    |    |    |    |    |    |    |    | 退院年月日                | 年  | 月   | 日  |          |   |   |   |      |   |   |   |      |    |    |    |      |    |    |    |           |    |    |    |      |    |    |    |        |    |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                                             |                        |     |   |     |                                                            |            |     |    |    |        |                                                                                                                        |    |                                                                                                                    |     |    |    |    |     |    |    |    |     |    |    |    |    |    |    |    |    |                      |    |     |    |          |   |   |   |      |   |   |   |      |    |    |    |      |    |    |    |           |    |    |    |      |    |    |    |        |    |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 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           |                        |     |   |     |                                                            |            |     |    |    |        |                                                                                                                        |    |                                                                                                                    |     |    |    |    |     |    |    |    |     |    |    |    |    |    |    |    |    |                      |    |     |    |          |   |   |   |      |   |   |   |      |    |    |    |      |    |    |    |           |    |    |    |      |    |    |    |        |    |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 人工透析を実施または人工臓器を装着したとき                       |                        |     |   |     |                                                            |            |     |    |    |        |                                                                                                                        |    |                                                                                                                    |     |    |    |    |     |    |    |    |     |    |    |    |    |    |    |    |    | 人工透析の実施または人工臓器を装着した日 |    |     |    | 人工臓器等の種類 |   |   |   | 人工肛門 |   |   |   | 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。                              |                        |     |   |     |                                                            |            |     |    |    |        |                                                                                                                        |    |                                                                                                                    |     |    |    |    |     |    |    |    |     |    |    |    |    |    |    |    |    | 年                    |    |     |    | 月        |   |   |   | 日    |   |   |   |      |    |    |    |      |    |    |    |           |    |    |    |      |    |    |    |        |    |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 医療機関の所在地                                    |                        |     |   |     |                                                            |            |     |    |    |        |                                                                                                                        |    |                                                                                                                    |     |    |    |    |     |    |    |    |     |    |    |    |    |    |    |    |    |                      |    |     |    |          |   |   |   |      |   |   |   |      |    |    |    |      |    |    |    |           |    |    |    |      |    |    |    |        |    |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 医療機関の名称                                     |                        |     |   |     |                                                            |            |     |    |    |        |                                                                                                                        |    |                                                                                                                    |     |    |    |    |     |    |    |    |     |    |    |    |    |    |    |    |    |                      |    |     |    |          |   |   |   |      |   |   |   |      |    |    |    |      |    |    |    |           |    |    |    |      |    |    |    |        |    |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 医師の氏名                                       |                        |     |   |     |                                                            |            |     |    |    |        |                                                                                                                        |    |                                                                                                                    |     |    |    |    |     |    |    |    |     |    |    |    |    |    |    |    |    | 電話                   |    |     |    | ( )      |   |   |   |      |   |   |   |      |    |    |    |      |    |    |    |           |    |    |    |      |    |    |    |        |    |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |

## 記入例

|                                                  |              |                        |                                                                       |       |    |        |                                                                                                                                   |    |                                                                                                                               |   |   |   |                 |                      |              |              |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                      |          |       |          |          |   |   |   |                |   |   |   |      |   |    |    |      |    |    |    |           |    |    |    |      |    |    |    |        |    |    |    |    |    |    |    |
|--------------------------------------------------|--------------|------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------|----|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|-----------------|----------------------|--------------|--------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-------|----------------------|----------|-------|----------|----------|---|---|---|----------------|---|---|---|------|---|----|----|------|----|----|----|-----------|----|----|----|------|----|----|----|--------|----|----|----|----|----|----|----|
| 1                                                | 患者氏名         | 協会 太郎                  |                                                                       |       |    |        |                                                                                                                                   |    |                                                                                                                               |   |   |   |                 |                      |              |              |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                      |          |       |          |          |   |   |   |                |   |   |   |      |   |    |    |      |    |    |    |           |    |    |    |      |    |    |    |        |    |    |    |    |    |    |    |
| 2                                                | 傷病名          | (1) 鎖骨骨折               |                                                                       |       |    |        |                                                                                                                                   |    |                                                                                                                               |   |   |   | 療養の給付開始年月日(初診日) | (1) 平成 26 年 4 月 22 日 | (2) 平成 年 月 日 | (3) 平成 年 月 日 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                      |          |       |          |          |   |   |   |                |   |   |   |      |   |    |    |      |    |    |    |           |    |    |    |      |    |    |    |        |    |    |    |    |    |    |    |
| 3                                                | 発病または負傷の年月日  | 平成 26 年 4 月 22 日       | <input checked="" type="checkbox"/> 発病<br><input type="checkbox"/> 負傷 | 左肩部強打 |    |        |                                                                                                                                   |    |                                                                                                                               |   |   |   |                 |                      |              |              |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                      |          |       |          |          |   |   |   |                |   |   |   |      |   |    |    |      |    |    |    |           |    |    |    |      |    |    |    |        |    |    |    |    |    |    |    |
| 4                                                | 労務不能と認められた期間 | 平成 26 年 4 月 22 日から     | 平成 26 年 5 月 12 日まで                                                    |       |    |        |                                                                                                                                   |    |                                                                                                                               |   |   |   |                 |                      |              |              |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    | 21 日間 |                      |          |       |          |          |   |   |   |                |   |   |   |      |   |    |    |      |    |    |    |           |    |    |    |      |    |    |    |        |    |    |    |    |    |    |    |
| 5                                                | うち入院期間       | 平成 年 月 日から             | 平成 年 月 日まで                                                            | 日間    | 入院 | 療養費用の別 | <input checked="" type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 公費( )<br><input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他 | 転帰 | <input checked="" type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止<br><input type="checkbox"/> 繰越 <input type="checkbox"/> 転医 |   |   |   |                 |                      |              |              |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                      |          |       |          |          |   |   |   |                |   |   |   |      |   |    |    |      |    |    |    |           |    |    |    |      |    |    |    |        |    |    |    |    |    |    |    |
| 5                                                | 診療実日数        | 診療日を<br>〇で囲んで<br>ください。 | 4 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       | 5 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(詳しく)     |              |                        |                                                                       |       |    |        |                                                                                                                                   |    |                                                                                                                               |   |   |   |                 |                      |              |              |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       | 手術年月日                | 平成 年 月 日 | 退院年月日 | 平成 年 月 日 |          |   |   |   |                |   |   |   |      |   |    |    |      |    |    |    |           |    |    |    |      |    |    |    |        |    |    |    |    |    |    |    |
| 鎖骨を骨折し、4/22初診。鎖骨バンドで鎖骨を固定。固定するまで安静とし、固定後リハビリが必要。 |              |                        |                                                                       |       |    |        |                                                                                                                                   |    |                                                                                                                               |   |   |   |                 |                      |              |              |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                      |          |       |          |          |   |   |   |                |   |   |   |      |   |    |    |      |    |    |    |           |    |    |    |      |    |    |    |        |    |    |    |    |    |    |    |
| 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                |              |                        |                                                                       |       |    |        |                                                                                                                                   |    |                                                                                                                               |   |   |   |                 |                      |              |              |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                      |          |       |          |          |   |   |   |                |   |   |   |      |   |    |    |      |    |    |    |           |    |    |    |      |    |    |    |        |    |    |    |    |    |    |    |
| 骨折した部位が固定するまで安静が必要で、固定後リハビリが必要であったため、労務不能と判断した。  |              |                        |                                                                       |       |    |        |                                                                                                                                   |    |                                                                                                                               |   |   |   |                 |                      |              |              |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                      |          |       |          |          |   |   |   |                |   |   |   |      |   |    |    |      |    |    |    |           |    |    |    |      |    |    |    |        |    |    |    |    |    |    |    |
| 人工透析を実施または人工臓器を装着したとき                            |              |                        |                                                                       |       |    |        |                                                                                                                                   |    |                                                                                                                               |   |   |   |                 |                      |              |              |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       | 人工透析の実施または人工臓器を装着した日 |          |       |          | 人工臓器等の種類 |   |   |   | 人工肛門           |   |   |   | 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。                                   |              |                        |                                                                       |       |    |        |                                                                                                                                   |    |                                                                                                                               |   |   |   |                 |                      |              |              |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       | 平成 26 年 5 月 22 日     |          |       |          |          |   |   |   |                |   |   |   |      |   |    |    |      |    |    |    |           |    |    |    |      |    |    |    |        |    |    |    |    |    |    |    |
| 医療機関の所在地                                         |              |                        |                                                                       |       |    |        |                                                                                                                                   |    |                                                                                                                               |   |   |   |                 |                      |              |              |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       | 東京都品川区△△ 1-1         |          |       |          |          |   |   |   |                |   |   |   |      |   |    |    |      |    |    |    |           |    |    |    |      |    |    |    |        |    |    |    |    |    |    |    |
| 医療機関の名称                                          |              |                        |                                                                       |       |    |        |                                                                                                                                   |    |                                                                                                                               |   |   |   |                 |                      |              |              |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       | 〇〇総合病院               |          |       |          |          |   |   |   |                |   |   |   |      |   |    |    |      |    |    |    |           |    |    |    |      |    |    |    |        |    |    |    |    |    |    |    |
| 医師の氏名                                            |              |                        |                                                                       |       |    |        |                                                                                                                                   |    |                                                                                                                               |   |   |   |                 |                      |              |              |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       | 保険 五郎                |          |       |          | 電話       |   |   |   | 03 (△△△△) △△△△ |   |   |   |      |   |    |    |      |    |    |    |           |    |    |    |      |    |    |    |        |    |    |    |    |    |    |    |

## 【被保険者の方へ】

1 療養担当者(医師等)の意見を受けてください。

## 【療養担当者の方へ】

2 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。

3 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。

4 治療期間でなく、療養の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。

5 症状および経過、労務不能と認められた医学的な所見を詳しくご記入ください。

6 ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入ください。