

< 2025.5 改 >

傷病手当金支給申請書

2枚目

療養担当医師が意見を記入するところ

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|-------|--------------|-----|---|-----|-----------|---|---|---|-----|--------------|----|--|---|---|-----|----|---|---|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 患者氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 傷病名 | (1) | | 初診日 | (1)平成・令和 | | 年 | 月 | 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | (2) | | | (2)平成・令和 | | 年 | 月 | 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 発病または負傷年月日 | 平成・令和 | | 年 | 月 | 日 | 発病または負傷原因 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 労務不能と認めた期間 | 令和 | | 年 | 月 | 日から | 令和 | | 年 | 月 | 日まで | 労務不能期間中の入院期間 | 令和 | | 年 | 月 | 日から | 令和 | 年 | 月 | 日まで | | | | | | | | | |
| 診療実日数 | 日 | 診療日を○で囲んで下さい | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 労務不能と認めた期間中における「主たる症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等（詳しくご記入ください） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 症状経過からみて労務不能と認められた医学的な所見 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり相違ないことを証明します。 証明日：令和 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関所在地 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関名称 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医師の氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TEL：（ ） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

事業主が記入するところ

| | | | | | |
|--|----------|---|-----|--|--|
| 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 | | 給与の種類 | <input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 時給（時給： 円） <input type="checkbox"/> 日給（日給： 円） |
| 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 ➡下記に内訳を記入して下さい <input type="checkbox"/> いいえ | | 給与支払日 | <input type="checkbox"/> 当月 <input type="checkbox"/> 翌月 |
| | | | | 欠勤等の控除日 | <input type="checkbox"/> 給与支払月 <input type="checkbox"/> 給与支払月翌月 |
| 報酬名 | 支給対象期間 | | 支給額 | 有休日額 *申請期間中に有休がある場合記入 | |
| 基本給 | 月 日～ 月 日 | | 円 | 円／日 | |
| 通勤手当 | 月 日～ 月 日 | | 円 | 賃金計算方法 | |
| | 月 日～ 月 日 | | 円 | *申請期間中、欠勤等の控除がある場合、計算方法等詳細を記入(添付の賃金台帳に記入でも可) | |
| | 月 日～ 月 日 | | 円 | | |
| | 月 日～ 月 日 | | 円 | | |
| | 月 日～ 月 日 | | 円 | | |
| 上記のとおり相違ないことを証明します。 証明日：令和 年 月 日 | | | | | |
| 事業所所在地 | | | | | |
| 事業所名称 | | | | | |
| 事業主氏名 | | | | | |
| TEL （ ） | | | | | |