

支給額	円
支給期間	日から 日まで 日間
前回	から まで 日間
資格取得	年 月 日
資格喪失	年 月 日
標準報酬月額	千円（第 級）

理事長		常務理事		事務長		担当者	
受 付 年 月 日		令和 年 月 日					
伺 年 月 日		令和 年 月 日					
決 裁 年 月 日		令和 年 月 日					
支 払 年 月 日		令和 年 月 日					
不 支 給		期間	平・令 年 月 日 から 平・令 年 月 日 まで 日 間				
		理由					

傷病手当金支給申請書（第 回）

[illegible]

申請期間の賃金台帳と出勤簿（タイムカード）の写を、初回申請時にはさらに前1ヶ月分を添付して下さい。

療養を担当した医師が意見を記入するところ	患者氏名		傷病名		発病または 負傷年月日	平・令 年 月 日																				
	発病または 負傷の原因				療養の給付 開始年月日	平・令 年 月 日																				
	労務不能と 認めた期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間				診療実日数	日間																			
	上記の期間を含む月の診療日 (○で囲む)	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																							
		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																							
		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																							
		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																							
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																								
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																									
傷病の主症状 および経過	上記の期間に行った療養内容（投薬、検査、手術、療養の指示など、できるだけ詳しく記入して下さい。） ・投薬 ☐ なし ☐ あり（ 日分） ・通院指導の有無 ☐ なし（理由： ） ☐ あり（ 週間／ 回） ・療養の指示内容・経過の概要（検査・手術を行った場合は、その内容についても記入してください）																									
上記の期間労務 不能と認められ た医学的所見																										
上記のとおり相違ありません。 令和 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 （ ）																										

受付印