

傷病手  
(延長) 傷病

記入に関する注意事項

事業主提出用

被保険者番号		氏名	
労務に服しなかった期間		令和 年 月 日～令和 年 月 日 日間	
事業主の証明欄	待期期間 ※初回のみ	令和	円
	待期間 以外	令和	円
		令和 年 月 日～令和 年 月 日 日間	円
		令和 月 日～令和 月 日 日間	円
		令和	円
		令和	円
		令和	円
		令和 年 月 日～令和 年 月 日 日間	円
上記のとおりであることを証明する。 令和 年 月 日 住所 事業主 <b>記入必須</b>			
担当者名	備考欄		

請求者記載の請求期間と主治医の証明した労務不能期間が不一致の場合は、主治医の証明期間にあわせて事業主証明を記載してください。

※報酬額証明の書き方

- ・初回申請の場合、「待期間」に3日間の証明内訳を記載
- ・「待期間以外」欄に4日目以降の証明を記載ください。

2回目以降の申請の場合は、「待期間以外」の欄に期間と報酬額の証明をしてください。

※復職や退職が決まっている場合には、備考欄に予定日を記入してください。

健保記入欄	待期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 待期確認済	
	年金	<input type="checkbox"/> 請求中	<input type="checkbox"/> 障害厚生 <input type="checkbox"/> 障害厚生&基礎 <input type="checkbox"/> 障害手当金 <input type="checkbox"/> 資格喪失後の老齢厚生 金額: 円/日 (手当金は合計額)	
		<input type="checkbox"/> 受給中	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 日間 円	
	支給期間	法定	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 日間	支給額 円
		付加	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 日間	
加入期間	<input type="checkbox"/> 1年以上 <input type="checkbox"/> 1年未満	資格取得日	昭・平・令 年 月 日	
個人払い	<input type="checkbox"/> 入力済 <input type="checkbox"/> チェック済	資格喪失日	令和 年 月 日	