

被保険者氏名	(フリガナ)	生年月日	昭和・平成	年	月	日
--------	--------	------	-------	---	---	---

* 傷病手当金請求書(K-031)に添付して提出してください

傷病手当金 (医師の意見欄・事業主証明欄)

療養を担当した医師の意見欄	傷病名			療養の給付開始年月日(初診日)	平成・令和	年	月	日	転帰	治療	中止	繰越	転医																					
	発病又は負傷年月日	平成・令和		年	月	日(頃)			発病又は負傷原因																									
	労務不能と認められた期間	令和		年	月	日	から	令和	年	月	日	まで	日間																					
	診療実日数	日間	診療日を○で囲んでください	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
当	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」等を詳しく記入してください																																	
医	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所見を記入してください																																	
師																																		
の																																		
意	人工透析又は人工臓器等を装着したとき	人工透析を実施又は人工臓器を装着した日		人工臓器の種類																														
見		平成・令和		年	月	日	<input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工膀胱 <input type="checkbox"/> 人工関節 <input type="checkbox"/> 人工骨頭 <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカ <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> その他()																											
欄	上記のとおり相違ありません																																	
	令和																																	
	年																																	
	月																																	
	日																																	
	所在地																																	
	医師																																	
	名称																																	
	氏名																																	
	TEL																																	

事業主証明欄	労務に服さなかった期間(A)	令和		年	月	日	から	日間	賃金計算方法	給与締日				
		令和		年	月	日	まで		<input type="checkbox"/> 月給者 <input type="checkbox"/> 日給者 <input type="checkbox"/> ()	日締				
	年休・欠勤した期間	年休	令和		年	月	日	から	令和	年	月	日	まで	日間
		欠勤	令和		年	月	日	から	令和	年	月	日	まで	日間
	(A)の期間に報酬はありましたか	<input type="checkbox"/> はい → (B)に報酬の内訳を記入してください <input type="checkbox"/> いいえ		通勤費の支給		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし								
(A)の期間中の報酬(B)	自:年	月	日	至:年	月	日	日間	支給額	支払日	日	額			
	※報酬記入欄が足りない場合は、別紙で作成したものを添付願います。													
	(B)の期間以外は、現在もまた将来も支給しない。													
	上記のとおり相違ないことを証明します								事業所コード		受付日付印			
	令和								事業所担当者					
	事業主								年					
	所在地								月					
	名称								日					
	氏名								氏名					