



記号 920 番号 1560 氏名〇元 〇男

療養を担当した医師が意見をかくところ	傷病名	リウマチ様関節炎		傷病が結核性であるか否か	結核性 <input type="checkbox"/> 結核性 <input checked="" type="checkbox"/> 非結核性	
	発病または負傷の原因	不詳				
	発病または負傷の年月日	平成 25 年 5 月 10 日	療養の給付を開始した年月日	平成 25 年 5 月 11 日		
	労務不能と認められた期間	平成 26 年 6 月 1 日 から 平成 26 年 6 月 30 日 まで	30 日間	左の期間中の診療実日数	3 日間	
	傷病の主症状及び経過概要	平成 26 年 6 月 1 日より上記傷病により入院 投薬・点滴治療により改善し平成 26 年 6 月 7 日退院 入院・通院加療 自宅安静を要した為労務不能と判断した				
	入院した期間がある場合はその期間	平成 26 年 6 月 1 日 から 平成 26 年 6 月 7 日 まで	7 日間	入院の費用の別	<input checked="" type="checkbox"/> 健保・老健 <input type="checkbox"/> 自費・公費	
	うえのとおり相違ありません。 <span style="float: right;">平成 26 年 7 月 1 日</span>  医療機関の所在地 <input type="checkbox"/> 〇〇市 <input type="checkbox"/> 〇〇区 <input type="checkbox"/> 〇〇町 1-2-3  医療機関の名称 <input type="checkbox"/> 〇〇〇病院  医師の氏名 <input type="checkbox"/> 〇〇 <input type="checkbox"/> 〇〇 <span style="float: right;">印</span>  電話 <input type="checkbox"/> 〇〇〇 ( <input type="checkbox"/> 〇〇〇 ) <input type="checkbox"/> 〇〇〇〇					

医師の注意事項

◆ ◆ ◆ ◆ ◆  
療養の給付を開始した年月日は、初診日を記載するのではなく、その傷病について健康保険による療養を始めた日を記載してください。傷病の主症状及び経過概要は、なるべく詳しく記載してください。特に、手術をした場合は手術の名称と手術年月日を記載してください。医師の氏名欄には、必ず捺印をお願いします。訂正したところには、各記載者氏名のわきに押し印を押し印として押し印してください。訂正印として押し印してください。期間計算は、両端を入れて間違いなく計算してください。例えば、三月二日から三月二〇日まででは、一九日間となります。

傷病手当金請求書

受付番号

【備考欄】

健康保険

↓退職後の給付を受ける場合も、在職中の時の記号・番号をご記入ください

(第 回目)

③ ② ① 平成13年4月1日より、任意継続被保険者及び資格喪失後継続して傷病手当金を受給する者が、老齢又は退職又は退職を支給事由とする年金を受給する場合は、障害年金同様の支給調整が行われ... 傷病手当金は、原則被保険者の口座にお振込みいたしますので、取引金融機関をご記入ください。なお、郵便局はお取扱できません。傷病手当金の受取りを事業所に委任する場合は、委任状欄に記名・捺印をお願いします。

Main form with multiple rows and columns for personal information, insurance details, and payment instructions. Includes fields for name, address, phone, business name, dates, and checkboxes for payment status.

平成 年 月 日 提出

※【受付印】

Stamp area for receipt confirmation.

記号 番号 氏名

療養を担当した医師が意見をかくところ	傷病名			傷病が結核性であるか否か	結核性 非結核性	
	発病または負傷の原因					
	発病または負傷の年月日	平成 年 月 日	療養の給付を開始した年月日		平成 年 月 日	
	労務不能と認められた期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで	日間	左の期間中の診療実日数	日間	
	傷病の主症状及び経過概要					
	入院した期間がある場合はその期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで	日間	入院の費用の別	健保・老健 自費・公費	
	うえのとおり相違ありません。	平成 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	( )					

医師の注意事項

◇ ◇ ◇ ◇ ◇

療養の給付を開始した年月日は、初診日を記載するのではなく、その傷病について健康保険による療養を始めた日を記載してください。傷病の主症状及び経過概要は、なるべく詳しく記載してください。特に、手術をした場合は手術の名称と手術年月日を記載してください。医師の氏名欄には、必ず捺印をお願いします。訂正したところには、各記載者氏名のわきに押し印と同一印を訂正印として押し印してください。期間計算は、両端を入れて間違いない計算してください。例えば、三月二日から三月二〇日まででは、一九日間となります。

常務理事	事務長	業務課長	課長代行	業務係長	係

## 負傷原因の回答

(事業所名)

健康保険証の	記号 番号		被保険者の氏名	(印)
負傷者の氏名			被保険者との続柄	
連絡先	帯・その他		(自宅・会社・携	

負傷の原因について記入してください。(該当する□にチェック☑してください)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	<p>[負傷日時・場所等]</p> <p>1. いつケガ(負傷)しましたか。 平成 年 月 日 ( 曜日) <input type="checkbox"/> 午前・<input type="checkbox"/> 午後 時 分頃</p> <p>2. ケガ(負傷)をした日は次のうちどの日でしたか。 <input type="checkbox"/> 出勤日・<input type="checkbox"/> 休日(定休日・休暇含む) <input type="checkbox"/> その他( )</p> <p>3. ケガ(負傷)をした時は次のうちどの時間帯でしたか。 <input type="checkbox"/> 勤務時間中・<input type="checkbox"/> 通勤途中(<input type="checkbox"/> 出勤・<input type="checkbox"/> 退勤) <input type="checkbox"/> 出張中・<input type="checkbox"/> 私用・<input type="checkbox"/> その他( )</p> <p>4. ケガ(負傷)をした場所はどこでしたか。 <input type="checkbox"/> 会社内・<input type="checkbox"/> 道路上・<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他( )</p> <p>5. ケガをした原因で次にあてはまる場合がありますか。 <input type="checkbox"/> 交通事故・<input type="checkbox"/> 暴力(ケンカ) <input type="checkbox"/> スポーツ中(<input type="checkbox"/> 職場の行事・<input type="checkbox"/> 職場の行事外) <input type="checkbox"/> 動物による負傷(飼い主 <input type="checkbox"/> 有・<input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> あてはまらない</p> <p>6. 「上記 5」にあてはまる原因がある場合、あなたは被害者ですか、加害者ですか。 相手 <input type="checkbox"/> 有 → { <input type="checkbox"/> あなたは被害者                                   <input type="checkbox"/> あなたは加害者 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明</p> <p>※相手のいる負傷の場合は、「第三者行為による傷病届が必要となります。当組合にご連絡をください。</p>	<p>[受診した医療機関]</p> <p>7. 診療を受けた医療機関名とその期間等</p> <p>医療機関名 _____</p> <p>平成 年 月 ~ 平成 年 月 <input type="checkbox"/> 治癒 ・ <input type="checkbox"/> 治療中</p> <p>医療機関名 _____</p> <p>平成 年 月 ~ 平成 年 月 <input type="checkbox"/> 治癒 ・ <input type="checkbox"/> 治療中</p> <p>8. 負傷したときの状況(原因)を具体的に記入してください。</p>
--	---	---