

(表)  
後期高齢者医療傷病手当金支給申請書(被保険者記入用)

|   |  |                             |  |  |      |  |  |                                       |          |   |   |   |  |
|---|--|-----------------------------|--|--|------|--|--|---------------------------------------|----------|---|---|---|--|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>情<br>報  | 被保険者番号                                 |                             |  |  |      |  |  |                                       |          |   |   |   |  |
|   | (フリガナ)<br>氏名                           |                             |  |  |      |  |  | 生年月日                                  | 大正<br>昭和 | 年 | 月 | 日 |  |
|   | 住所                                     | 〒                           |  |  |      |  |  |                                       |          |   |   |   |  |
| 振<br>込<br>先   | 金融機関<br>名称                             | 銀行・金庫・信組<br>農協・漁協<br>その他( ) |  |  |      |  |  | 本店・支店<br>出張所・本店営業部<br>本所・支所<br>その他( ) |          |   |   |   |  |
|   | 金融機関コード                                |                             |  |  |      |  |  |                                       |          |   |   |   |  |
|   | 預金別                                    | 普通・当座<br>その他( )             |  |  | 口座番号 |  |  |                                       |          |   |   |   |  |
|   | 口座名義(カタカナ)                             |                             |  |  |      |  |  |                                       |          |   |   |   |  |
|   | ※左詰めで記入し、濁点・半濁点は1字として、姓と名の間は1字空けてください。 |                             |  |  |      |  |  |                                       |          |   |   |   |  |
| <p>上記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>福島県後期高齢者医療広域連合長</p> <p>〒<br/>住 所<br/>電 話 番 号<br/>申 請 者 氏 名</p> <p style="text-align: center;">⑩</p> |  |                             |  |  |      |  |  |                                       |          |   |   |   |  |

【受取代理人の欄】(被保険者以外の方が受領する場合は、記入が必要です。)

|                                       |                                     |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------|-------------------------------------|----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 被<br>保<br>険<br>者                      | 本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。年 月 日 |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                       | 住所<br>氏名                            | ⑩        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 代<br>理<br>人<br><small>(口座名義人)</small> | 住所                                  | 被保険者との関係 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                       | (フリガナ)<br>氏名                        | ⑩        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|                            |       |
|----------------------------|-------|
| 保<br>険<br>者<br>記<br>入<br>欄 | 支給決定額 |
|                            | 円     |

(裏)  
後期高齢者医療傷病手当金支給申請書(被保険者記入用)

|        |  |
|--------|--|
| 被保険者氏名 |  |
|--------|--|

|  |                                   |  |                |
|--|-----------------------------------|--|----------------|
| 症状が出た日   | 年 月 日                             | 帰国者・接触者相談センターへの相談日 ※相談した場合に記入  | 年 月 日<br>( 時頃) |
| ①医療機関の受診状況   |                                   | 1. 受診した                      2. 受診していない  |                |
| (①で「受診した」と回答した場合)<br>②医療機関の受診日                             |                                   | 年 月 日  |                |
|  |                                   | 年 月 日  |                |
|  |                                   | 年 月 日  |                |
| (①で「受診していない」と回答した場合)<br>③症状(期間などを具体的に記入)                   |                                   |  |                |
| ③療養のために休んだ期間   | 年 月 日から<br>年 月 日まで                | ④左記期間のうち、勤務ができなかった日数<br>( 新型コロナウイルス感染症(発熱等の症状があり感染が疑われる場合を含む。)によらない<br>休暇や勤務予定がなかった日は除く。 ) | 日              |
| ⑤ 上記の療養のために休んだ期間に<br>給与等の支払いを受けましたか。または、<br>今後受けられますか。     | 1. はい                      2. いいえ |  |                |
| ⑥ ⑤で「はい」と回答した場合、その給与<br>等額と、その支払の対象となった<br>(なる)期間をご記入ください。 | 年 月 日から                           | (給与等の額:円)  |                |
|  | 年 月 日まで                           |  |                |

(上記①において「受診していない」と回答した場合は、下記の事業主記入欄について、事業主の証明が必要です。)

|        |  |      |  |
|--------|--|------|--|
| 事業主記入欄 | <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>上記③～⑥の内容については、当事業所において把握している内容と相違ないことを証明します。</p> <p>事業所所在地</p> <p>事業所名称</p> <p>事業主氏名 <span style="float: right;">⑩</span></p> |      |  |
| 担当者氏名  |  | 電話番号 |  |

# 後期高齢者医療傷病手当金支給申請書(事業主記入用)

労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間の勤務状況及び賃金支払状況等をご記入ください。

|  |  |                      |                               |                              |      |                |                |    |                |    |    |                          |    |    |    |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |  |
|--|--|----------------------|-------------------------------|------------------------------|------|----------------|----------------|----|----------------|----|----|--------------------------|----|----|----|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|---|--|
| 被保険者氏名   |  |                      |                               |                              |      |                |                |    |                |    |    |                          |    |    |    |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |  |
| ①新型コロナウイルス感染症(発熱等の症状があり感染が疑われる場合を含む。)により、労務に服することができなかった期間の属する月における勤務状況<br>上記の事由による無給休暇の日数を×で表示してください。   |  |                      |                               |                              |      |                |                |    |                |    |    | 左記の事由による<br>無給休暇の日数      |    |    |    |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |  |
| 年 月  | <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td></tr> <tr><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td></tr> </table> |                      |                               |                              |      |                |                |    |                |    |    | 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 | 日 |  |
| 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  | <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td></tr> <tr><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td></tr> </table> |                      |                               |                              |      |                |                |    |                |    |    | 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 |   |  |
| 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 |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |  |
| ②新型コロナウイルス感染症(発熱等の症状があり感染が疑われる場合を含む。)により、労務に服することができなかった期間の属する月の直近3か月の勤務状況。【出勤は○】、【有給休暇は△】、【上記の事由による無給休暇は×】、【その他の休暇(賃金が生じる)は=】、【その他の休暇(賃金が生じない)は/】でそれぞれ表示してください。 |  |                      |                               |                              |      |                |                |    |                |    |    | 賃金が生じた日数の計<br>(○、△、= の計) |    |    |    |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |  |
| 年 月  | <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td></tr> <tr><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td></tr> </table> |                      |                               |                              |      |                |                |    |                |    |    | 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 | 日 |  |
| 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  | <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td></tr> <tr><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td></tr> </table> |                      |                               |                              |      |                |                |    |                |    |    | 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 | 日 |  |
| 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  | <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td></tr> <tr><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td></tr> </table> |                      |                               |                              |      |                |                |    |                |    |    | 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 | 日 |  |
| 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  | <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td></tr> <tr><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td></tr> </table> |                      |                               |                              |      |                |                |    |                |    |    | 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 | 日 |  |
| 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 |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |  |
| ②の期間に対して、賃金を支払い<br>ましたか？   | 1. はい  | 給与の<br>種類            | <input type="checkbox"/> 月給   | <input type="checkbox"/> 時間給 | 賃金計算 | 締日             |                | 日  |                |    |    |                          |    |    |    |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |  |
|  | 2. いいえ   |                      | <input type="checkbox"/> 日給   | <input type="checkbox"/> 歩合給 |      | 支払日            |                | 日  |                |    |    |                          |    |    |    |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |  |
|  |  |                      | <input type="checkbox"/> 日給月給 | <input type="checkbox"/> その他 |      |                | 1. 当月<br>2. 翌月 |    |                |    |    |                          |    |    |    |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |  |
| ②の期間の課税対象となる賃金支給状況をご記入ください。ただし、期末勤勉手当(賞与)は除く。  |  |                      |                               |                              |      |                |                |    |                |    |    |                          |    |    |    |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |  |
| 支給した賃金内訳   | 期間<br>区分   | 単価(円)                | 月 日 ~<br>月 日 分                |                              |      | 月 日 ~<br>月 日 分 |                |    | 月 日 ~<br>月 日 分 |    |    |                          |    |    |    |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |  |
|  |  |                      | (A) 支給額(円)                    |                              |      | (B) 支給額(円)     |                |    | (C) 支給額(円)     |    |    |                          |    |    |    |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |  |
|  | 基本給  |                      |                               |                              |      |                |                |    |                |    |    |                          |    |    |    |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |  |
|  | 時給   |                      |                               |                              |      |                |                |    |                |    |    |                          |    |    |    |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |  |
|  | 手当   |                      |                               |                              |      |                |                |    |                |    |    |                          |    |    |    |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |  |
|  | 手当   |                      |                               |                              |      |                |                |    |                |    |    |                          |    |    |    |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |  |
|  | 手当   |                      |                               |                              |      |                |                |    |                |    |    |                          |    |    |    |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |  |
|  | 手当   |                      |                               |                              |      |                |                |    |                |    |    |                          |    |    |    |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |  |
|  | 現物給与   |                      |                               |                              |      |                |                |    |                |    |    |                          |    |    |    |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |  |
|  | 計  |                      |                               |                              |      |                |                |    |                |    |    |                          |    |    |    |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |  |
|  |  | 賃金支給総額(上記(A)~(C)の合計) |                               |                              |      |                |                | 円  |                |    |    |                          |    |    |    |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |  |
| 賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)についてご記入ください。  |  |                      |                               |                              |      |                |                |    |                |    |    |                          |    |    |    |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |  |
| 上記のとおり相違ないことを証明します。  |  |                      |                               |                              |      |                | 年              | 月  | 日              |    |    |                          |    |    |    |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |  |
| 事業所所在地   |  |                      |                               |                              |      |                |                |    |                |    |    |                          |    |    |    |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |  |
| 事業所名称  |  |                      |                               |                              |      |                |                |    |                |    |    |                          |    |    |    |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |  |
| 事業主氏名 <span style="float: right;">(印)</span>   |  |                      |                               |                              |      |                |                |    |                |    |    |                          |    |    |    |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |  |
| 担当者氏名  |  |                      | 電話番号                          |                              |      |                |                |    |                |    |    |                          |    |    |    |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |  |

事業主が証明するところ

## 後期高齢者医療傷病手当金支給申請書(医療機関記入用)

|  |                         |         |    |    |    |    |    |    |    |       |       |         |   |    |    |           |    |           |   |    |  |  |  |  |
|--|-------------------------|---------|----|----|----|----|----|----|----|-------|-------|---------|---|----|----|-----------|----|-----------|---|----|--|--|--|--|
| 医療機関担当者が意見を記入するところ   | 患者氏名                    |         |    |    |    |    |    |    |    |       |       |         |   |    |    |           |    |           |   |    |  |  |  |  |
|  | 傷病名                     |         |    |    |    |    |    |    |    |       |       | 初診日     | 年 月 日   |    |    |           |    |           |   |    |  |  |  |  |
|  | 発病年月日                   | 年 月 日   |    |    |    |    |    |    |    |       |       | 発病の原因   |   |    |    |           |    |           |   |    |  |  |  |  |
|  | 労務不能と認められた期間            | 年 月 日から |    |    |    |    |    |    |    |       |       |         |   |    |    |           |    |           |   |    |  |  |  |  |
|  |                         | 年 月 日まで |    |    |    |    |    |    |    |       |       |         |   |    |    |           |    |           |   |    |  |  |  |  |
|  | うち、入院期間                 | 年 月 日から |    |    |    |    |    |    |    |       |       | 療養費用の種別 | <input type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> 公費(        )<br><input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他 |    |    |           |    |           |   |    |  |  |  |  |
|  |                         | 年 月 日まで |    |    |    |    |    |    |    |       |       | 転帰      | <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止<br><input type="checkbox"/> 繰越 <input type="checkbox"/> 転医            |    |    |           |    |           |   |    |  |  |  |  |
|  | 診療日及び入院していた日を○で囲んでください。 | 年 月     | 1  | 2  | 3  | 4  | 5  | 6  | 7  | 8     | 9     | 10      | 11  | 12 | 13 | 14        | 15 | 診療<br>実日数 | 日 |    |  |  |  |  |
|  |                         |         | 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 | 診療<br>実日数 | 日 |    |  |  |  |  |
| 年 月  | 1                       | 2       | 3  | 4  | 5  | 6  | 7  | 8  | 9  | 10    | 11    | 12      | 13  | 14 | 15 | 診療<br>実日数 | 日  |           |   |    |  |  |  |  |
| 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(詳しく記入)  |                         |         |    |    |    |    |    |    |    |       |       |         |   |    |    |           |    |           |   |    |  |  |  |  |
|  |                         |         |    |    |    |    |    |    |    | 手術年月日 | 年 月 日 |         |   |    |    |           |    |           |   |    |  |  |  |  |
|  |                         |         |    |    |    |    |    |    |    | 退院年月日 | 年 月 日 |         |   |    |    |           |    |           |   |    |  |  |  |  |
| 症状経過から見て従来の職種について労務不能と認められた医学的な所見  |                         |         |    |    |    |    |    |    |    |       |       |         |   |    |    |           |    |           |   |    |  |  |  |  |
|  |                         |         |    |    |    |    |    |    |    |       |       |         |   |    |    |           |    |           |   |    |  |  |  |  |
| 年 月 日  |                         |         |    |    |    |    |    |    |    |       |       |         |   |    |    |           |    |           |   |    |  |  |  |  |
| 上記のとおり相違ありません。   |                         |         |    |    |    |    |    |    |    |       |       |         |   |    |    |           |    |           |   |    |  |  |  |  |
| 医療機関所在地  |                         |         |    |    |    |    |    |    |    |       |       |         |   |    |    |           |    |           |   |    |  |  |  |  |
| 医療機関名称   |                         |         |    |    |    |    |    |    |    |       |       |         |   |    |    |           |    |           |   |    |  |  |  |  |
| 医師氏名   |                         |         |    |    |    |    |    |    |    |       |       |         |   |    |    |           |    |           |   |    |  |  |  |  |
| <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">印</span> 電話番号 |                         |         |    |    |    |    |    |    |    |       |       |         |   |    |    |           |    |           |   |    |  |  |  |  |