

このページは医師へ記入を依頼してください。

2/3 【医師意見等記入用】

被保険者の請求期間にかかわらず療養のため**労務に服することができないと診断された期間**について証明してください。
(なお、労務不能見込み(未来日付)の証明は受付できません)

対象者	氏名	生年月日	S・H	年	月	日		
労務不能の対象となった傷病名		原因		診療開始日				
①				年	月	日		
②				年	月	日		
上記傷病での入院期間	年	月	日	～	年	月	日	
手術日:	年	月	日	・	手術なし			
労務不能と認めた期間	年	月	日	～	年	月	日	(日間)
上記の労務不能と認めた期間のうち診療した日数を記入してください							(実診療日)	日
上記の労務不能と認めた期間について、詳しく記入してください (主症状および経過概要)								
.....								
.....								
.....								
(治療内容)								
.....								
.....								
.....								
○検査の有無について <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (内容とその結果:))								
○療養指導の有無について <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (内容:))								
○通院指示の有無について 労務不能と認めた期間に関し てお答えください。								
<input type="checkbox"/> あり → (週間に 回) → 患者は指示通り通院していますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> なし → (理由:))								
上記労務不能と認めた期間の経過からみて、従来の職種について労務不能と認められた医学的な所見を記入してください								
人工透析の実施または人工臓器を装着している場合は、実施(装着)した日付および種類について記入してください 実施(装着)した日: 年 月 日 人工臓器等の種類: <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工関節 <input type="checkbox"/> 人工骨頭 <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> その他 (.....))								
職場復帰の見通しについて	1. 年 月頃から就労可能の見込み			2. 現時点では未定				
上記のとおり相違ありません 年 月 日 所在地 医療機関名 医師が上記内容を記載した日付にしてください。 未来日付による証明は受け付けできません。 氏名および印 印								

日数が相違していることがあります。誤りを見つけた場合は速やかに医師にお伝えください。

未記入の場合が多くあります。記入がない場合は、速やかに医師にお伝えください。

労務不能と認めた期間に関し
てお答えください。

医師が上記内容を記載した日付にしてください。
未来日付による証明は受け付けできません。

このページは事業主（勤務会社）が記入してください。

対象者氏名	記号－番号	－	記入担当者																															
病欠および休職の開始日	病欠： 年 月 日	休職： 年 月 日	記入漏れがあります。																															
※開始日は、傷病により3日以上継続して休んでいる場合に記入（初回のみ必要） ※診断書がある場合																																		
労務に服さなかった期間	年 月 日から 年 月 日まで（ 日間）																																	
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等を記入してください 上記の「労務に服さなかった期間」の勤務状況・欠勤「×」、出勤「○」、有給「△」、公休「公」																																		
	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	欠勤日数		
月																																		日
月																																		日
月																																		日
上記の期間に対して、賃金を支給しましたか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ																																		
給与の種類	<input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> その他（ ）																																	
賃金計算について	勤怠締日： 日 日 日 <input type="checkbox"/> 当月（ ）日 <input type="checkbox"/> 翌月（ ）日																																	
上記の「労務に服さなかった期間」を含む賃金計算期間の勤務状況を記入してください (支給した賃金の内訳)																																		
	単価	月 日～月 日	月 日～月 日	月 日～月 日	賃金計算方法 記入欄 (欠勤控除計算方法等)																													
基本給																																		
通勤手当																																		
手当																																		
手当																																		
手当																																		
計																																		
通勤手当について（詳細）	支給後の返金等が発生している場合は、相殺後の金額を記入してください。その際は内訳等も記入してください。																																	
	<input type="checkbox"/> 支給なし <input type="checkbox"/> 実費支給 円 (1日 円× 日分) <input type="checkbox"/> 定期券代の支給 円 (月 日から カ月分定期)																																	
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	印																													
未記入の場合があります。必ず記入をお願いします。																																		

添付書類：(賃金支払いがある場合のみ) 申請期間にかかる出勤簿および賃金台帳の写しを提出してください。
 欠勤控除が翌月以降にされた場合は、欠勤控除がされた月の賃金台帳も必要となります。

<以下、健保使用欄のため、記入しないでください>.....
 取得： 年 月 日 ・ 喪失： 年 月 日 給与払 ・ 個人払

	前回までの支給期間	今回の支給期間	単価(円)	支給額(円)
傷病手当金	自 年 月 日 至 年 月 日	年 月 日から 年 月 日まで 日間	日額 給料	円
付加金	自 年 月 日 至 年 月 日	年 月 日から 年 月 日まで 日間	日額 給料	円
延長付加金	自 年 月 日 至 年 月 日	年 月 日から 年 月 日まで 日間	日額 給料	円