

※第1回目の請求においては、請求期間にかかる賃金台帳及びタイムカード(または出勤簿)の写しを添付してください。なお2回目以降は賃金が支給された場合のみ添付してください。資格取得から1年未満の請求については入社日からの賃金台帳及び出勤簿(またはタイムカード)の写しを添付してください。

事業主が記入するところ	被保険者氏名		トウゴウ 太郎 東部		⑳ 労務に服さなかった期間		令和8年2月3日から 令和8年2月23日まで 21日間		(事業主の注意事項) 12. ②欄の「全部支給」または「一部支給」とは、一日当りの賃金の全部または一部の意味です。 13. ②欄の①と②にわたるときは、両欄のそれぞれの事柄を記入してください。 14. ②の欄は、「現在までも、また将来も支給しない」と記入してください。 15. 被保険者の資格を喪失した後の期間にかかる請求であるときは、事業主の証明を行う必要はありません。
	⑳ うえの期間中	㉑ 全額支給した場合は	令和 年 月 日から		金 円		日額		
		㉒ 一部支給した場合は	令和 年 月 日まで		(月 日支払)		金 円		
	㉓ 払う報酬関係	㉔ 現在までも将来も支給しない場合は、その旨	現在までもまた将来も支給しない						

うえのとおり相違ないことを証明します。 令和8年4月1日
TEL 〇〇(〇〇〇)〇〇〇

㉕ 住所 東京都〇〇区〇〇5丁目1番地1号
㉖ 氏名 〇〇ゴム工業株式会社 ㉗ 代表取締役社長 〇〇〇 〇〇 ㉘ 印

療養を担当した医師が意見をかくところ	患者氏名		㉙ 傷病名				
	㉚ 発病または負傷の原因						
	㉛ 発病または負傷の年月日		昭和 平成 令和 年 月 日	㉜ 療養の給付を開始した年月日		昭和 平成 令和 年 月 日	
	㉝ 労務不能と認められた期間		令和 令和 年 月 日から 年 月 日まで	㉞ 日間		㉟ 左の期間中の診療実日数	日間
	㉟ 傷病の主状態および経過概要		-----				
			人工透析または人工臓器等装着したとき		人工透析を実施又は人工臓器を装着した日		平成・令和 年 月 日
㊱ うえの㉝の期間中に入院した期間がある場合はその期間		令和 令和 年 月 日から 年 月 日まで	㊲ 入院の費用の別		健保・公費 自費・その他		
うえのとおり相違ありません。		令和 年 月 日		TEL ()			
㊳ 住所		医 師					
㊴ 氏名		㊵ 印					

➡ ㉝の期間中における職務等に関する理由をお書きください。

(医師の注意) ㉙欄は、初診日を記入するのではなく、その傷病について健康保険による療養を始めた日を記入してください。㉚欄は、なるべく詳しく記入してください。特に、手術した場合は手術の名称と手術の年月日を記入してください。㉛欄の種類のほか、㉜欄は、それぞれ該当する文字を○で囲んでください。

19. 訂正したところは、各記入者の氏名のわきに押した印と同じ印 (①から②までの訂正箇所には④の印、⑥から⑨までの訂正箇所には⑩の印、⑫から⑭までの訂正箇所には⑮の印) を訂正印として押してください。
20. 印はハッキリと押し、印漏れのないようにしてください。
21. ㉙㉚および㉛の期間の計算は、両端を入れて間違いなく計算して下さい。たとえば、6月13日から6月19日までは、7日間となります。