

療養を担当した医師が意見を書くところ	12. 傷病名			
	13. 発病または負傷の原因			
	14. 発病または負傷の年月日	年 月 日	15. 療養の給付を開始した年月日	年 月 日
	16. 労務不能と認められた期間	年 月 日 から 年 月 日 まで	日間	17. 左期間中の診療実日数 日間
	18. 傷病の主症状及び経過概要			
19. 上記のとおり相違ありません。				
	年 月 日			
	医療施設の名称・所在地			
	医師氏名	印		
	電話番号	局 ()	番	

*** 被保険者へ**

1. 傷病手当金は、被保険者が病気やケガの療養中のため仕事につけず、給料をもらえないときに、被保険者と家族の生活を保障するために支給されます。
2. **続けて4日以上仕事を休んだときに、3日間の待機をおき4日目から支給されます。**
3. 休み1日につき**標準報酬日額の2/3相当額**が支給されます。
4. 休んだ期間について、給料の一部をもらえるときでも、その日額が傷病手当金の額より少ないときには、差額が支給されます。
5. 支給される**期間は、支給開始日より1年6ヶ月**に至る間です。この間に退職された場合でも支給されます。
6. 業務上あるいは通勤途上の事故や災害によるものは、**労災保険の休業給付の対象**となり、傷病手当金は支給されません。
7. 厚生年金から**障害厚生年金や手当金、老齢厚生年金を受けることができるときは、この手当金を受けることができず**ません。なお、これらの合計金額が傷病手当金額よりも少ないときは差額が支給されます。

記入に際してのご注意

*** 共通事項**

1. 文字を訂正する場合は、誤った文字を二本線で抹消して、訂正箇所にその欄の記入者の印と同じ印を訂正印として押印して下さい。
2. それぞれの期間の日数は、両端入力で計算します。例えば6月13日から6月23日までは11日間となります。

*** 被保険者へ**

1. 5.欄は、「いつ(○年○月○日○時頃)どこで、なにを、どうしているときに、なにが、どうなって、体のどこをどうした。」というように詳しく記載してください。
2. 傷病が第三者の行為によるものであるときは、5.欄にその旨記載し、「第三者行為による傷病届」をこの請求書に添付してください。
3. 障害厚生年金や手当金、老齢厚生年金を受けることができる者で差額の支給を請求するときは、備考欄にその旨を記載し支給額を証する書類の写しを添付してください。

*** 事業主へ**

1. 9.～11.欄は、被保険者の資格を喪失後の期間にかかる請求のときは、事業主の記入・証明を必要としません。
2. 10.欄は、イ.ロ.ハ.のうち該当する記号に○印をつけたうえ、右欄を記入して下さい。
3. 「全額支給」または「一部支給」とは、1日当たりの賃金の全額、または一部の意味であること。
4. イ.とロ.とハ.の複数欄にわたるときは、それぞれの欄にその状況を記入して下さい。
ハ.の欄の場合は、現在まで支給せず、また将来においても支給しないことを意味します。

*** 医師へ**

1. 18.欄はなるべく詳しく記載して下さい。特に手術した場合は手術の名称と手術年月日を記載して下さい。