

傷病手当金申請書

療養担当医師の意見

患者氏名 (カタカナ)	<input type="text"/>																						
姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。																							
労務不能と認められた期間 (勤務先での従前の労務に服することができない期間をいいます。)	令和	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	<input type="text"/>	日	から												
	令和	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	<input type="text"/>	日	まで												
傷病名 (労務不能と認められた傷病をご記入ください)							初診日 (療養の給付の開始年月日)	<input type="checkbox"/>	1. 平成	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	<input type="text"/>	日					
発病または負傷の原因																							
発病または負傷の年月日	<input type="checkbox"/>	1. 平成	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	<input type="text"/>	日		<input type="checkbox"/>	2. 令和	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	<input type="text"/>	日
労務不能と認められた期間に診療した日がありましたか。	<input type="checkbox"/>	1. はい																2. いいえ					
上記期間中における「主たる症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等																							
上記のとおり相違ないことを証明します。													令和	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	<input type="text"/>	日	
医療機関の所在地																							
医療機関の名称																							
医師の氏名																							
電話番号																							

C&R グループ健康保険組合は、傷病手当金の申請は、電子申請を実施しています。そのため、従来の傷病手当金申請書の様式ではなく、こちらの書類に記入をお願いします。ご不明点がある場合は、健康保険組合までご連絡いただければ幸いです。

C&R グループ健康保険組合 jimukyoku1_cr_kenpo@cr-kenpo.jp TEL.03-4570-3567