

被 保 険 者 （ 申 請 者 ） 情 報	被保険者等記号・番号		氏名	
	記号	番号	フリガナ	フリガナ
	—		(氏)	(名)
	住所		生年月日	
〒	—		<input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日
			<input type="checkbox"/> 平成	
事 業 所	名称		所在地	
	〒 —			
	所属		〔連絡先〕 ※日中連絡が取れる携帯電話、内線番号など	
	—		—	

申 請 内 容 （ 申 請 者 記 入 欄 ）	傷病名	(1)	発病または 負傷年月日	<input type="checkbox"/> 平成	年 月 日	
		(2)		<input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	
		(3)		<input type="checkbox"/> 平成	年 月 日	
					<input type="checkbox"/> 令和	年 月 日
	該当の傷病は、 病気(疾病)ですか ケガ(負傷)ですか	<input type="checkbox"/> 病 気 <input type="checkbox"/> ケ ガ	【発病時の状況】			
			ケガの場合は、別紙「負傷の原因届」を記入のうえ、併せてご提出ください			
	療養のため 休んだ期間 (申請期間)	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	日間	入院した場合	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	
	あなたの仕事の内容(具体的に) (退職後の申請の場合は、退職前の仕事の内容)	(1) (2)				
「障害厚生年金」または「障害手当金」を受給していますか。 受給している場合、どちらを受給していますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 請求中 <input type="checkbox"/> いいえ	→ 「はい」の場合		<input type="checkbox"/> 障害厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害手当金		
上記で「はい」または「請求中」と答えた場合、受給の要因と なった(なる)傷病名および基礎年金番号をご記入ください。	傷病名	基礎年金番号	年金コード			
	支給開始年月日	年金額	円			
	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日				
(健康保険の資格を喪失した方はご記入ください) 老齢または退職を事由とする公的年金を受給していますか。 受給している場合、その名称をご記入ください。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 請求中 <input type="checkbox"/> いいえ	→ 「はい」の場合		名称		
上記で「はい」または「請求中」と答えた場合、基礎年金番号 をご記入ください。	基礎年金番号	年金コード				
	支給開始年月日	年金額	円			
	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日				

受付印

被保険者等記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

備考欄

※この申請用紙は3枚1組です。2枚目へお進みください。
退職後の申請は、2枚目の記入は必要ありません。

3 療養担当者記入用

療養担当者が意見を記入するところ	患者氏名																																	
	傷病名	(1)											療養の給付開始年月日(初診日)	(1)	平成	年	月	日																
		(2)												(2)	平成	年	月	日																
		(3)												(3)	平成	年	月	日																
	発病または負傷の年月日	平成	年	月	日	1発病・2負傷		発病または負傷の原因																										
	労務不能と認められた期間	令和	年	月	日	から	日間																											
		令和	年	月	日	まで																												
	うち、入院期間	令和	年	月	日	から	日間	療養費用の別	健保	公費	転帰	治療	中止																					
		令和	年	月	日	まで			自費	その他()		帰	繰越	転医																				
	診療実日数	日間	診療日を囲んでください。	月	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
月			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	
月			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	
月			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	
上記の期間中における「主たる症状および経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等(詳しく)												手術年月日	令和	年	月	日																		
												退院年月日	令和	年	月	日																		
症状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																																		
人工透析を実施または人工臓器を装着したとき	人工透析の実施または人工臓器を装着した日	昭和	平成	年	月	日	人工腎臓等の種類	<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()																					
上記のとおり相違ありません。																																		
令和 年 月 日																																		
医療機関の所在地 名称 電話番号 医師名																																		

記入例

療養担当者が意見を記入するところ	患者氏名	健保 利夫																																	
	傷病名	(1)	脳梗塞										療養の給付開始年月日(初診日)	(1)	平成	6	年	1	月	22	日														
		(2)												(2)	平成	年	月	日																	
		(3)												(3)	平成	年	月	日																	
	発病または負傷の年月日	平成	6	年	1	月	22	日	1発病・2負傷		発病または負傷の原因																								
	労務不能と認められた期間	令和	6	年	1	月	22	日	から	29 日間	不明																								
		令和	6	年	2	月	20	日	まで																										
	うち、入院期間	令和	6	年	1	月	22	日	から	12 日間	療養費用の別	健保	公費	転帰	治療	中止																			
		令和	6	年	2	月	20	日	まで			自費	その他()		帰	繰越	転医																		
	診療実日数	日間	診療日を囲んでください。	1	月	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
月			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		
月			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		
月			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		
上記の期間中における「主たる症状および経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等(詳しく)												手術年月日	令和	年	月	日																			
												退院年月日	令和	6	年	2	月	3	日																
症状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																																			
体幹機能障害及び失語のため日常生活レベルの低下有り。労務不能と判断した。																																			
人工透析を実施または人工臓器を装着したとき	人工透析の実施または人工臓器を装着した日	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成	年	月	日	人工腎臓等の種類	<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()																						
上記のとおり相違ありません。																																			
6 年 2 月 28 日																																			
医療機関の所在地 名称 電話番号 医師名																																			

- 【被保険者の方へ】
- 療養担当者(医師等)の意見を受けてください。
- 【療養担当者の方へ】
- 複数の病名がある場合、(1)から主たる病名を順次ご記入ください。
 - 左の傷病名について、その傷病の初診の日をご記入ください。
 - 治療期間でなく、療養のため就労できなかったと認められる期間とその日数をご記入ください。また、証明日以前の期間をご記入ください。
 - 症状および経過、労務不能と認められた医学的な所見を詳しくご記入ください。
- ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し正しい内容を記入のうえ、証明者の氏名(サイン)または訂正印をしてください。