

健康保険傷病手当金請求書 (第 回)

届出コード 631

被保険者の注意事項

6 5 4 3 2 1

②記載事項を訂正したいときは、⑦欄の被保険者氏名印と同じ印を訂正した箇所に押印してください。直近の年金額を証明する書類を添付してください。

Main application form with sections for insured person info, injury details, medical treatment, and pension information.

Employer's statement form including a calendar grid for attendance and payment details.

事業主の注意事項

1 労務に服さなかった期間の出勤状況及び報酬の支給状況は、出勤簿、賃金台帳から確実に転記してください。

Medical Reviewer's Opinion section.

Medical Doctor's Statement form detailing medical treatment and diagnosis.

1 「療養給付開始年月日」欄は、健康保険で診療を開始された日を記入してください。