

従業員が私傷病で入院したとき

入院した日 年 月 日

氏 名	
-----	--

加入している保険	健康保険（扶養家族 有・無） 厚生年金保険 雇用保険
----------	-------------------------------

No	作 成 書 類	頁	提出期限	届出先	チェック
47	健康保険 高額療養費支給申請書	204	速やかに	協会	
48	健康保険 限度額適用認定申請書	208	入院費を支払うまで	協会	
51	健康保険傷病手当金支給申請書	216	速やかに	協会	

必 要 事 項	チェック	備考
入院している病院名の確認		
病状（病名）の確認		
限度額適用認定を申請するかどうかの確認		入院費を支払うまでに認定証の交付を受けなければならない。
入院する期間についての確認		

備考
