

1枚目

※この請求書は2枚一組です。(1枚目:本人記入欄/2枚目:事業主証明欄・担当医師証明欄)

支給支払決議書				常務理事	事務長		担当
支給額				円			
全部・一部 不支給	期間			資格取得	年 月 日		
	理由	金額	円	資格喪失	年 月 日		
支払年月日		年 月 日		支給期間		年 月 日	日間

傷病手当金請求書 (第 回) 提出日 令和 年 月 日

被保険者証	記号				被保険者 (申請者)の氏名			(印)
	番号				生年月日	昭・平・令 年 月 日		
被保険者 現住所	〒 -				電話番号	固定	- -	
						携帯	- -	
事業所の名称				被保険者の 標準報酬月額	千円			
資格取得年月日	昭・平・令 年 月 日			仕事内容 (具体的に)				
傷病名				発病・負傷年月日	年 月 日			
発病・負傷の状況	日時	平成・令和	年 月 日		午前・午後 時 頃			
	場所	・会社(工作中・休憩中) ・通勤途中 ・自宅 ・その他()						
		傷病の原因は仕事によるものですか? はい いいえ						
状況								
発病・負傷の為 休んだ期間 (請求期間)	平成・令和	年	月	日	から			
	平成・令和	年	月	日	まで	日間		
請求期間中に 入院した期間	平成・令和	年	月	日	から			
	平成・令和	年	月	日	まで	日間		
職場復帰について	・現段階では未定		・復帰予定(月 日より)		・復帰している(月 日より)			
上記の療養のため休んだ期間に報酬を受けましたか。または今後受けられますか。		はい いいえ						
「障害厚生年金」、 「障害手当金」について	受給なし 受給中 請求中			左記で「受給中」「請求中」とされた場合、どちらを受給していますか。		障害厚生年金 障害手当金		
上記で「受給中」「請求中」とされた場合の受給の要因となった傷病名及び基礎年金番号・年金額について	傷病名				基礎年金番号		年金額(年額)	
							円	
「老齢年金」について (資格喪失者のみ)	受給なし 受給中 請求中				基礎年金番号		年金額(年額)	
		左記で「受給中」「請求中」とされた場合の基礎年金番号・年金額について					円	
振込先金融機関	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/>) <small>注)口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理<input type="checkbox"/>を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。</small> <p style="text-align: center;">●上記以外は、届出いただいている口座へお振込みいたします。 →お届け頂いていない場合は別途”健康保険給付金振込先届”にて申請ください。</p>							

被保険者が記入する欄

2枚目

※ 添付書類:①出勤簿(写)、②賃金台帳(写) が必要となります。

事業主が証明するところ	労務に服さなかった期間		平成・令和	年	月	日	から			日	まで	日間		
	上記の期間に対して賃金が発生しました(します)か?		はい	いいえ	給与の種類		月給	日給月給	賃金計算	締日	日			
					日給	歩合給	支払日	当月・翌月		日				
					時間給	その他		日						
	労務に服さなかった期間分として支払う報酬関係		全額支給した期間又は支給する期間	平成・令和	年	月	日	から	の分	円	円	日額		
			一部支給した期間又は支給する期間	平成・令和	年	月	日	まで					の分	円
	支払った報酬の内訳		支払月	報酬の名称									計	
				基本給	通勤費	手当	手当	手当	手当	手当	欠勤調整	円		
	※ 種類の該当がない場合は補記して記入		月分										円	
			月分										円	
上記のとおり相違ないこと証明します。											令和	年	月	日
所在地														
名称														
事業主氏名											(印)	電話番号	()	

療養を担当した医師が意見を記入するところ	患者氏名						発病または負傷の年月日	平成・令和	年	月	日			
	傷病名	(1)						診療開始日	平成・令和	年	月	日		
		(2)						発症または負傷の原因						
		(3)												
	労務不能と認められた期間	平成・令和	年	月	日	から	日間	左記の内、診療実日数	外来	日間				
		平成・令和	年	月	日	まで			入院	日間				
	上記の期間中の入院期間	平成・令和	年	月	日	から	日間	手術年月日	平成・令和	年	月	日		
		平成・令和	年	月	日	まで		退院年月日	平成・令和	年	月	日		
	転帰	平成・令和	年	月	日	(治癒 継続 転医 中止 死亡)								
	傷病の主傷病および経過概要													
労務不能と認められた医学的な所見														
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														
医療機関の名称														
医師の氏名											(印)	電話番号	()	