

| | | | | | | | |
|--------------|----|-------|---|------|-------|----------|----|
| 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 回目) 提出日 令和 年 月 日

| | | | | | | | | |
|--|----------------------------|---------------|--|--------------------------------|------------------------------------|----------------|-----------------|-----|
| 被 保 険 者 が 記 入 す る 欄 | 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 | | | | | |
| | 発病・負傷の為 休んだ期間 (請求期間) | | 平成・令和 | 年 | 月 | 日 | から | 日間 |
| | | | 平成・令和 | 年 | 月 | 日 | まで | |
| | 請求期間中に 入院した期間 | | 平成・令和 | 年 | 月 | 日 | から | 日間 |
| | | | 平成・令和 | 年 | 月 | 日 | まで | |
| | 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 | 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 | | 年金額(年額) 円 | |
| 振込先金融機関 | | 銀行 支店 口座番号 普通 | | | | | | |

※ 届出済の口座に振り込みますので届出済の方は記入不要

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。

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|------------------|-------|-----|------|----|------|-----------|-------|------|----|---|----|------|---|---|
| 労務に服さなかった期間 | 平成・令和 | | 年 | | 月 | | 日 | から | | | | | | | |
| | 平成・令和 | | 年 | | 月 | | 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 支払日 | 日 | | | | | | | |
| | | | 日給 | 歩合給 | | | | 当月・翌月 | | | | | | | |
| | | | 時間給 | その他 | | | | 日 | | | | | | | |
| 事業主が証明するところ 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 | 日額 | | | |
| | | 平成・令和 | | 年 | | 月 | | 日 | まで | | | 円 | | | |
| | 一部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 | 日額 | | | |
| | | 平成・令和 | | 年 | | 月 | | 日 | まで | | | 円 | | | |
| 支払った報酬の内訳 ※ 種類の該当がない場合は補記して記入 | 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 | | | | | |
| | | 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 | (|) |