

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	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)		令和	年	月	日	から	日間	
		令和	年	月	日	まで		
請求期間中に 入院した期間		令和	年	月	日	から	日間	
		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		基礎年金番号 年金額(年額) 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、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。</small>						
		●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。 <small>→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。</small>						
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業所へ委任します。(委任する場合は <input checked="" type="checkbox"/>) ※任意継続被保険者についてはチェック不要								

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。

事業主が証明するところ	労務に服さなかった期間		令和		年		月		日	から								
			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	賃金計算	縮日	日					
									日給	歩合給			当月・翌月					
									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		令和		年		月		日	から	の分	日額				
					令和		年		月		日	まで		円				
			一部支給した期間又は支給する期間		令和		年		月		日	から	の分	日額				
					令和		年		月		日	まで		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						
									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を証明します。												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	令和		年		月		日		
	傷病名		(1)							診療開始日	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		令和		年		月		日	から	日間	左記の内、診療実日数		外来	日間				
			令和		年		月		日	まで				入院	日間				
	上記の期間中の入院期間		令和		年		月		日	から	日間	手術	令和		年		月		日
			令和		年		月		日	まで		退院	令和		年		月		日
	転帰		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		()			