

理事長	常務理事	事務長	係

傷病手当金支給申請書 (第 回請求)

被保険者
注意事項

- 1 けが等の外傷性による負傷の場合は「負傷原因届」の用紙に必要事項を記入の上、添付してください。
- 2 被保険者が死亡したことにより遺族相続人が申請するときは、戸籍に関する証明書を添付してください。
- 3 訂正した時には、訂正箇所被保険者の訂正の押印をしてください。
- 4 ※添付書類は、必ず提出してください。一度提出していただいた書類は、内容に変更がなければ提出不要です。
- 5 記号・番号に代えてマイナンバーにより申請する場合には、本人確認をすることが必要です。

被 保 険 者 が 記 入 す る こ ろ	被保険者記号	被保険者氏名	
	被保険者番号	生年月日	昭・平 年 月 日
	被保険者住所	(電話番号 - -)	
	発病又は負傷の原因	傷病発生日時 年 月 日 (曜日) 午前・午後 時 分頃 発生の場所 [] 負傷の場合には、どこで何をしていた時にどのように負傷したのか詳しく記入 発生原因 []	
	傷病名	会社での職種及び仕事内容	
	①病気又は負傷のために休んだ期間(申請期間)	年 月 日から 年 月 日まで	日間
	①の期間に報酬を受けましたか 又は今後受ける予定ですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		「はい」と答えた時の、報酬を受けた期間と金額 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 円
	公的年金を受給していますか 「はい」「請求中」と答えた時の年金の種類、年金番号、開始年月等をお答えください	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 請求中	基礎年金番号 昭平令 年 月
	資格喪失後や任意継続被保険者で、継続して傷病手当金を申請する場合、雇用保険の失業給付について手続きを取りましたか	<input type="checkbox"/> 受給延長手続き済 ※「延長通知書」の写しを添付 <input type="checkbox"/> 受給の意思がない為、手続きせず ※「離職票」の写しを添付	
	委任状(受領を委任するときのみ記入)	本請求に基づく給付金に関する権限を代理人に委任します 年 月 日 被保険者 住所 (請求者) 氏名 代理人 住所 氏名	
振込先希望口座	<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(利用する場合にはレ点を入れ、利用しない場合には下記を記入してください) <input checked="" type="checkbox"/> 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 金融機関名 銀行・金庫 支店 本店 出張所 組合・農協 郵便局 預金種別 普通・当座 口座番号 フリガナ 被保険者氏名(代理人氏名) ※被保険者証の記号・番号に代えてマイナンバーで申請する方は、備考欄に記入してください		
備考			

受付印

事 業 主 計 入 す る こ ろ	② 労務に服さなかった期間	出 勤 状 況	月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	
	賃金の形態及び算出基礎	月給者	日給者	時給者	日給月給者		
	③欠勤控除の計算方法	月額 円	日額 円	時給 円	月額 円	日額 円	
	④②の期間の賃金支給状況及び計算内訳	満額支給単価	年 月分 月 日から 月 日まで	年 月分 月 日から 月 日まで			
	基本給	円	円	円	円	円	円
	家族手当	円	円	円	円	円	円
	残業手当	円	円	円	円	円	円
	通勤手当	円	円	円	円	円	円
	手当	円	円	円	円	円	円
	手当	円	円	円	円	円	円
合計	円	円	円	円	円	円	
出勤簿及び賃金台帳との照合確認の結果上の通り相違ないことを証明します							
令和 年 月 日		事業所名称 事業所所在地 事業主氏名 (電話番号 - -)					

事業主
注意事項

- 1 ④欄については、出勤簿、賃金台帳から転記してください。初回請求分については開始二ヶ月前から記入してください。
- 2 ②欄については、出勤は○、欠勤は×、有給は◎、半休は半、早退は早、遅刻はチ、事業所の休日(休)は◎と記入してください。
- 3 欠勤控除のある場合には、欠勤控除の計算方法を③に必ず記載してください。
- 4 ④欄については、労務に服さなかった期間に対して将来支給するもの(家族、通勤、住宅手当などの固定給)は支払日がなくても記入してください。

療 養 を 担 当 し た 医 師 が 記 入 す る こ ろ	傷病名	発病又は負傷の原因	
	発病又は負傷の日	令和 年 月 日	⑤療養給付開始日 令和 年 月 日
	⑥労務不能と認められた期間	年 月 日から 年 月 日まで	⑦⑥の期間中の診療実日数 日
	入院の場合はその期間	年 月 日から 年 月 日まで	⑧⑥の期間中の「主たる症状及び経過」(詳しくご記入ください)また症状経過からみて従来の職種について労務不能と認められる医学的な所見
	人工透析又は人工臓器装着したとき	人工透析を実施または人工臓器を装着した日 令和 年 月 日	人工臓器等の種類 ア. 人工肛門 イ. 人工膀胱 ウ. 人工関節 エ. 人工骨頭 オ. 心臓ペースメーカー カ. 人工透析 キ. その他
	療養の指示内容:		
	復職の見込み	<input type="checkbox"/> 令和 年 月頃・ <input type="checkbox"/> 現在のところ不明	結核性の該否 <input type="checkbox"/> 結核性・ <input type="checkbox"/> 非結核性
	上の通り相違ありません	医療機関名称 医療機関所在地 医師氏名 (電話番号 - -)	

療養担当者
注意事項

- 1 ⑤欄は健康保険で診療が開始された日を記入してください。
- 2 ⑥欄は被保険者が休んだ期間と関係なく、独自の立場で臨床上労務不能と認められる期間を記入してください。
- 3 訂正した時は、訂正した箇所に医師の訂正の押印をしてください。
- 4 ⑦の欄が0日だった場合は、⑧欄に理由を必ず記入してください。