

支 給 額									円
内 訳	傷病手当金								円
	傷病手当金付加金								円
支 給 開 始	令和	年	月	日					
支 給 期 間	令和	年	月	日	日間				
	令和	年	月	日					
前 回	令和	年	月	日					
	令和	年	月	日					
待期間	標準日額	給与支払期間	給与日額						

決 議	常務理事	事務長		担当者
伺 年 月 日				
支 払 年 月 日				
資 格 取 得 日	令和	年	月	日
資 格 喪 失 日	令和	年	月	日
備 考				

※上記枠内は記入しないでください。

傷病手当金 請求書

傷病手当金付加金

1 2 3 4

被保険者(申請者)記入用

被 保 険 者 (申 請 者) 情 報	被保険者証の 記号	番号	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日
	(フリガナ)					
	氏名・印	印				
住所	(〒 -)	都 道	府 県			
電話番号 (日中の連絡先)	TEL	()				

振 込 先 指 定 口 座 (退 職 し た 方)	金融機関 名称	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 漁協 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 本所 <input type="checkbox"/> 支所			
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 3. 別段 <input type="checkbox"/> 2. 当座 4. 通知	口座番号	<input type="text"/>	左づめでご記入ください。
	口座名義	▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。)			

必ず記入・押印ください。(押印省略不可)

受 取 代 理 人 の 欄 (在 職 中 の 方)	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。	令和	年	月	日
	代理人 (口座名義人)	住所	住所「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ			
	氏名・印	(〒 -) TEL ()				

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

受付日付印

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	印
-----------------------	---

傷病手当金 請求書

傷病手当金付加金

1 2 3 4

被保険者(申請者)記入用

申請内容	1 傷病名	1) _____ 2) _____ 3) _____
	2 初診日	令和 年 月 日 令和 年 月 日 令和 年 月 日
	3 該当の傷病は病気(疾病)ですか、ケガ(負傷)ですか。	<input type="checkbox"/> 1. 病気 <input type="checkbox"/> 2. ケガ <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 5px; margin-left: 20px;">(発病・負傷時の状況)</div>
4 療養のため休んだ期間(申請期間)	(令和) 年 月 日 から 日数 _____ _____ まで 日間	
5 あなたの仕事の内容(具体的に) (退職後の申請の場合は退職前の仕事の内容)	_____ _____	

確認事項	1 上記の療養のため休んだ期間(申請期間)に報酬を受けましたか。または今後受けられますか。	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ		
	1-①	「はい」と答えた場合、その報酬の額と、その報酬支払の基礎となった(なる)期間をご記入ください。 令和 年 月 日 から 報酬額 _____ 円 令和 年 月 日 まで		
	2	「障害厚生年金」または「障害手当金」を受給していますか。受給している場合、どちらを受給していますか。 <input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 1. 障害厚生年金 <input type="checkbox"/> 2. 請求中 <input type="checkbox"/> 2. 障害手当金 <input type="checkbox"/> 3. いいえ		
	2-①	「はい」または「請求中」と答えた場合、受給の要因となった(なる)傷病名及び基礎年金番号等をご記入ください。 (「請求中」と答えた場合は、傷病名・基礎年金番号をご記入ください。) ※年額がわかる証書等のコピーを添付してください。	傷病名 _____ 基礎年金番号 _____ 年金コード _____ 支給開始年月日 _____ 年 月 日 年金額 _____ 円	
	3	(健康保険の資格を喪失した方はご記入ください。) 老齢または退職を事由とする公的年金を受給していますか。 <input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 3. いいえ <input type="checkbox"/> 2. 請求中		
3-①	「はい」または「請求中」と答えた場合、基礎年金番号等をご記入ください。 (「請求中」と答えた場合は、基礎年金番号のみをご記入ください。) ※年額がわかる証書等のコピーを添付してください。	基礎年金番号 _____ 年金コード _____ 支給開始年月日 _____ 年 月 日 年金額 _____ 円		
4	今回の申請は労災保険から休業補償給付を受けている期間のものですか。 <input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 3. いいえ <input type="checkbox"/> 2. 労災請求中			
4-①	「はい」または「労災請求中」と答えた場合、支給元(請求先)の労働基準監督署をご記入ください。	労働基準監督署		
5	介護保険サービスを 受けたとき	保険者 番号	被保険者 番号	保険者 名称

「事業主記入用」は3ページに続きます。 >>>

傷病手当金 請求書

傷病手当金付加金

1 2 **3** 4

事業主記入用

労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間の勤務状況および賃金支払状況等をご記入ください。

事業主が証明するところ	被保険者氏名		申請期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			
	勤務状況 【出勤は○】で、【有給は△】で、【公休は公】で、【欠勤は／】でそれぞれ表示してください。				出勤 日	有給 日
	令和 年 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	計		日	日
	令和 年 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	計		日	日
上記の期間に対して、賃金を支払しました(します)か？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		給与の種類	<input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 歩合給 <input type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> その他	賃金計算	締切 日 支払日 <input type="checkbox"/> 当月 <input type="checkbox"/> 翌月
	上記の期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況をご記入ください。					
支給した(する)賃金内訳	期間	単価	月 日 ~ 月 日 日分	月 日 ~ 月 日 日分	月 日 ~ 月 日 日分	賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)についてご記入ください。
	区分		支給額	支給額	支給額	
	基本給					
	通勤手当					
	住居手当					
	扶養手当					
	手当					
	手当					
現物給与						
計						
上記のとおり相違ないことを証明します。					令和 年 月 日	担当者氏名
事業所所在地						
事業所名称						
事業主氏名					印	電話 ()

労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間の出勤簿(タイムカード等)と賃金台帳のコピーを添付してください。
 役員などで、出勤簿および賃金台帳がない場合は、役員報酬を支給しないこととする役員会議議事録のコピーを添付してください。

「療養担当者記入用」は4ページに続きます。>>>

傷病手当金 請求書

傷病手当金付加金

1 2 3 **4**

療養担当者記入用

療養担当者が意見を記入するところ	患者氏名						
	傷病名	(1) _____	療養の給付	(1)平成・令和 年 月 日			
		(2) _____	開始年月日	(2)平成・令和 年 月 日			
		(3) _____	(初診日)	(3)平成・令和 年 月 日			
	発病または負傷の年月日	平成・令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 発病 <input type="checkbox"/> 負傷	発病または負傷の原因			
	労務不能と認められた期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間				
	うち入院期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間 入院	療養費用の別	<input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 公費() <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他	転帰	<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 繰越 <input type="checkbox"/> 転医
	診療実日数	診療日を	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				
		○で囲んで	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				
		ください。	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				
上記の期間中における「主たる症状および経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等(詳しく)		手術年月日 令和 年 月 日	退院年月日 令和 年 月 日				
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 ()					