

傷病手当金請求書

裏面の医師意見を記入してもらったうえ、事業所社会保険担当係に提出してください。

年 月 日提出 (第 回)

本人記入欄	保険証の 記号番号	(記号) ----- (番号)	被保険者氏名 <small>※被保険者が署名する 場合は捺印不要</small>	印 (昭・平・令 年 月 日生)	
	事業所名および所属課係	課 係	被保険者 住 所	〒 _____ 電話 (_____)	
	発病または 負傷の状況	日時	午前 _____ 時頃 午後 _____ 時頃	場所	
	(「不明」等とせず、 わかる範囲で記入 願います)	[原因 (どのようにして) 結果 (どうなりましたか) 等を書いてください]			
	今回申請期間 (暦日期間)	年 月 日から 年 月 日まで (延 日間)	左の期間中、有給休暇を とったときは その期間	年 月 日から 年 月 日まで (延 日間)	
	年金等受給の有無 (○をつけて回答) ※1		退職後に申請される方は記入 ※1		
	①障害年金	受給中・手続中・無	③雇用保険	受給(手続)中・受給延長中・受給しない	
	②障害手当金	受給中・手続中・無	④老齢年金	受給中・手続中・無	

※ 年金、手当金、雇用保険などを受給中の場合は、必ず受給金額の確認できる「支払通知書」等の資料(写)を添付ください。

被保険者のマイナンバー記載欄									
※被保険者の記号・番号を記入した場合は不要です。									

決定	年 月 日
	No. _____

給付決定決議書

健康保険組合起案・決議		常務理事決裁	

請求期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間	給 付 額	千	円
給付期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間	1 日 _____ 円 × _____ 日		
不支給期間	(不支給期間)		(不支給期間：日額以上の場合) 1 日 (上記同一) 円 × _____ 日		
前回給付	年 月 日から 年 月 日まで	日間	(会社支給額：日額2/3未満の場合)		
休業開始	年 月 日				
給付開始	年 月 日		傷病手当日額		円
資格取得	年 月 日		(備考)		
資格喪失	年 月 日				

医師の意見欄	傷病名	(1) (2) (3)	診療開始日	(1) 年 月 日 (2) 年 月 日 (3) 年 月 日
	発病または負傷の原因			
	労務不能と認められた期間	年 月 日から 年 月 日まで (日間)	左の期間中の診療実日数	日間
	上記期間中の入院日数	年 月 日から 年 月 日まで (日間)	最終診療日	年 月 日
	傷病の主状況経過概要および労務不能か否かの参考意見			
<p>上記のとおり相違ありません。 年 月 日 所在地 病院または診療所の名称 主治医氏名 電 話 () 印</p>				

事業主証明欄	休業等不就労期間	年 月 日から 年 月 日まで (日間)	雇用形態	勤続	年	資格等級		
	給料・賃金等の所定額	支払項目	所定額	支払形態	上記休業期間の給与等の取扱い	左記所定金額を全額補償した (年休 日) (会社休日 日)	年 月 日から 年 月 日まで (日間)	円
		通勤手当		(支給基準等)	左記所定額の一部を補償した (説明)	年 月 日から 年 月 日まで (日間)		
		計			支給なし	年 月 日から 年 月 日まで (日間)	(¥0)	
		給与計算期間 支払日	前・当月 日 から 前・当月 日 まで 当月 日 支払い	資格喪失前後の受給の場合 退職日以降の報酬支払日		年 月 日		
上記のとおり証明します。 年 月 日 事業主住所 氏名					事業所担当部署 係 長 印			

- ・休業した期間の勤怠表およびその実績が反映された月の給与が確認できる書類を添付してください。
- ・資格喪失後受給の場合、喪失直後第1回申請については事業主証明が必要です。