

傷病手当金 請求書 (令和 XX 年 XX 月分)

記入見本

被 保 険 者 記 入 欄	事業所名	〇〇〇〇株式会社		保険証 記号・番号	<記号> XXX	<番号> XXXXXX	
	被保険者 氏 名	健保 太郎		生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 XX 年 XX 月 XX 日 (満 XX 歳)		
	業務の種類	事務職	休業期間	令和 XX 年 XX 月 XX 日 から 令和 XX 年 XX 月 XX 日 まで	出産予定のある方は出産予定日 年 月 日		
	住 所 (ご自宅)	〒 XXX - XXXX 〇〇県〇〇市〇〇町1-2-3 〇〇マンション123号					
				連絡先(自宅・携帯等)	XX - XXXX - XXXX		
		「公的年金(老齢年金・障害年金等)」 または「障害手当金」受給の有無		<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 手続中(年金の種類:) <input type="checkbox"/> 有(年金の種類:)		注) 障害年金・障害手当金を受給されている場合は、対象となる傷病名を記入願います。	
		雇用保険(失業給付)受給の有無		<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 受給延長 <input type="checkbox"/> 有 ※「有」の場合は傷病手当金は請求できません。			
委 任 状	請求を行った傷病手当金の受領を事業主に委任します。			被保険者氏名 (自 筆)	健保 太郎		

注1) 初めての傷病について請求する場合は、必ず「傷病手当金請求に伴う状況報告書」および「同意書」を添付してください。
 注2) 年金を受給されている場合は、「年金決定(支払)通知書」または「年金額改定通知書」の写しを添付してください。
 注3) 被保険者死亡後に法定相続人が請求する場合は、委任状の氏名を連名で記入し、法定相続人であることが確認できる書類(戸籍抄本等)を添付してください。

医 師 意 見 記 入 欄	傷 病 名			発病又は 負傷年月日	年 月 日
		(労務不能の対象となる全ての傷病名を記入願います)		発病又は 負傷の原因	
	労務不能と 認められた期間 (うち入院期間)	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 までの 日間	左の期間 中の診療 実日数 日	就労見込 について	<input type="checkbox"/> ____月 ____日から 就労可能の見込 <input type="checkbox"/> 現時点では不明
	傷病の おおよび経過概要	医療機関へ証明いただくよう依頼を行ってください。			
	上記のとおり相違ありません。	住所(所在地)		証明日	年 月 日
医 師 氏 名 電 話 番 号	医療機関名		<注意> ・ 証明日以前の期間を証明願います。 ・ 訂正箇所には訂正印を押印願います。 住所名称はゴシック印を使用願います。		

出勤は「出」、有給休暇は「有」、休日は「休」、半休は「半」、欠勤は「欠」でそれぞれに記入ください。
 なお、連続した期間は「→」を使用して表示してください。

事業主証明欄	令和 年 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	お勤め先にて証明いただく欄となります。 (退職者・任意継続被保険者は証明不要です)	
	上記期間中に 欠勤した日数	上記期間中に報酬の 全部又は一部を支給 した時は、その金額 と報酬の名称	<報酬名称> 事業所 証明欄
	円/月		

※出勤・有給以外で支払われる手当等がある場合に、1ヶ月あたりの金額を記入

組 合 記 入 欄	月額	千円	日額	円①	支給・不支給	不支給理由
	支払期間	R 年 月 日 ~ R 年 月 日	日間		算出の基礎	
		R 年 月 日 ~ R 年 月 日	日間		・ 傷病手当金 ① × 2/3 × ② = _____ 円	
		R 年 月 日 ~ R 年 月 日	日間		・ 傷病手当付加金 ① × 0.1 × ② = _____ 円	
		R 年 月 日 ~ R 年 月 日	日間		・ 延長傷病手当金 ① × 0.7 × ② = _____ 円	
		合計	日間 ②		・ 控除(報酬) ③ × ② = ▲ _____ 円	
	控除額(小数点以下切捨て)	報酬	円 ÷ 30 =	円 ③	・ 控除(年金) ④ × ② = ▲ _____ 円	
		年金	円 ÷ 360 =	円 ④	・ 控除(その他) = ▲ _____ 円	
	当初加入日	※退職者のみ記入	既支給	年 月 日迄	支給決定額	円
	任継加入日	※または資格喪失日	区分	新規・継続		
支給開始日		期間満了日	年 月 日	健保 査 査 印	常務理事 事務長 担当 健保受付	
延長傷手開始日		備考	年 月 日			