

傷病手当金 請求書 (令和 年 月分)

被 保 険 者 記 入 欄	事業所名			保険証 記号・番号	<記号>	<番号>
	被保険者 氏 名			生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日 (満 歳)
	業務の種類	休業期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 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)	〒 -		連絡先(自宅・携帯等)		-
	「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 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 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)		

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 ( 年 月 日 ~ 年 月 日)	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
	傷病の主状態 および経過概要	上記のとおり相違ありません。		証明日	年 月 日	
医 師 氏 名 電 話 番 号	住所(所在地) 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。 ・ 住所名称はゴム印を使用願います。			

出勤は「出」、有給休暇は「有」、休日は「休」、半休は「半」、欠勤は「欠」でそれぞれご記入ください。  
 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		
	月																																	
	月																																	
上記期間中に 欠勤した日数	日	欠勤期間中に報酬の 全部又は一部を支給 した時は、その金額 と報酬の名称		月 分		円/月		<報酬名称>		事業所 証明欄																								

※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					
		R 年 月 日 ~ R 年 月 日		日間	・ 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		健保査印		<table border="1"> <tr> <td>常務理事</td> <td>事務長</td> <td>担当</td> <td>健保受付</td> </tr> </table>	常務理事	事務長	担当
常務理事	事務長	担当	健保受付							
支給開始日	期間満了日	年 月 日								
延長傷手開始日	備考	年 月 日								