

# 傷病手当金 請求書 (第 回)

令和 年 月 日提出

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の記号・番号		被保険者 の氏名	生年 月日	昭和・平成 年 月 日	
	被保険者の 住所・電話		〒 —		電話番号（日中の連絡先） — —	
	あなたの仕事の内容(具体的に)					
	発病又は負傷 の年月日		令和 年 月 日	傷病名		
	該当の傷病は 病気(疾病) ですか ケガ(負傷) ですか		<input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> ケガ ケガの原因は、第三者の行為、交通事故などによるものですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「発病時の状況」または「負傷した時の状況」を記入してください			
	療養のため休んだ期間(申請期間)		令和 年 月 日から令和 年 月 日まで ( ) 日間			
	上記の休んだ期間中の傷病の状態について記入してください 【症状】 【療養状況】(通院・服薬などの状況、医師からの指示等)					
	上記の休んだ期間の報酬を受けましたか		<input type="checkbox"/> 受けた (受けられる) <input type="checkbox"/> 受けない			
	報酬を受けた又は受けられるときは その報酬の額と期間		令和 年 月 日から令和 年 月 日までの分として ( ) 円			
	「障害厚生年金」又は「障害手当金」を受給 していますか ※「はい」の場合 ①～⑤をご記入のうえ、年金証書の写し 及び振込通知書の写しを添付してください ※「請求中」の場合 ①及び②をご記入ください		<input type="checkbox"/> はい → ア. 障害厚生年金 イ. 障害手当金 <input type="checkbox"/> 請求中 (請求手続を 令和 年 月にした) <input type="checkbox"/> いいえ ① 受給(請求)の要因となった傷病名 ( ) ② 基礎年金番号 ( ) ③ 年金コード ( ) ④ 年金(手当金)支給開始年月日 (令和 年 月 日) ⑤ 年金額又は手当金の額 ( 円)			

資格を喪失した方(任意継続した方を含む)はご記入ください	
「老齢」又は「退職」を事由とする公的年金 を受給していますか ※「はい」の場合 ①～④をご記入のうえ、年金証書の写し 及び振込通知書の写しを添付してください ※「請求中」の場合 ①をご記入ください	<input type="checkbox"/> はい (年金の名称.....年金) <input type="checkbox"/> 請求中 (請求手続を 令和 年 月にした) <input type="checkbox"/> いいえ ① 基礎年金番号 ( ) ② 年金コード ( ) ③ 年金支給開始年月日 (令和 年 月 日) ④ 年金額 ( 円)
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"/> はい <input type="checkbox"/> 労災請求中 (請求手続を 令和 年 月にした) ⇒支給元(請求先)の労働基準監督署名 ( ) 労働基準監督署 <input type="checkbox"/> いいえ
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( )
振込 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。④ 口座情報の反映には登録から数日を要します (利用する場合はチェック☑してください。利用しない場合は下記の口座欄を記入してください。)
被保険者 名義	.....銀行・信金・その他(.....) .....支店 普通預金 口座番号..... フリガナ 口座名義.....

※保険証の記号・番号に代えて個人番号(マイナンバー)により申請する場合は、備考欄へ記載してください。マイナンバーを記載した場合は個人番号確認、本人確認のための添付書類が必要です

備考欄	
-----	--

事業主の証明欄	記号 - 番号	—	氏名	
	労務に服さなかった期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間		
	上期期間を含む月の勤務状況 出勤は○・有給は△・公休は公・欠勤は／で表示してください。			
	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		
	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		
	上記の期間に対して賃金を支給しました(します)か <input type="checkbox"/> はい(右欄記入) <input type="checkbox"/> いいえ	令和 年 月 日から 令和 年 月 日までの分		円
		令和 年 月 日から 令和 年 月 日までの分		円
	給与の種類・締日・支払日	月給・日給・時給・その他( ) ( )日締切 / 当月・翌月( )日払		
	上記の期間に対する通勤手当の支給について <input type="checkbox"/> 支給有(右欄記入) <input type="checkbox"/> 支給無	令和 年 月 日から 令和 年 月 日までの分 ( )円を令和 年 月 日に支給		
		通勤手当の精算(休業期間の通勤手当の返金) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 令和 年 月 日から 令和 年 月 日までの分 ( )円を令和 年 月 日に精算		
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日				
事業所所在地				
事業所名称				
事業主氏名 電話 — —				

療養を担当した医師の意見欄	患者氏名			
	傷病名	(1)	初診日	(1) 平成・令和 年 月 日
		(2)	(療養の給付開始年月日)	(2) 平成・令和 年 月 日
		(3)		(3) 平成・令和 年 月 日
	発病または負傷の年月日	令和 年 月 日	発病または負傷の原因	
	労務不能と認めた期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間	療養費用の別	健保・公費( ) 自費・その他
	うち入院期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間 入院	転帰	治癒・中止 繰越・転医
	※診療日および入院していた日を○で囲んでください			
	診療実日数	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	
	日	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	
	労務不能と認めた期間における「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			
	人工透析を実施または人工臓器を装着したとき	人工透析の実施または人工臓器を装着した日	昭和・平成・令和 年 月 日	人工臓器等の種類 人工肛門・人工骨頭・人工透析・人工関節 心臓ペースメーカー・その他( )
	上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日 医療機関所在地 医療機関の名称 医師の氏名 電話 — —			

※記入内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容を記入し、医師の署名又は押印をお願いします。