

傷病手当金・付加金請求書(第 回目)

被保険者(請求者)記入用

被保険者(請求者)情報	記号	番号	所属
	被保険者証の		
	氏名	(フリガナ)	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 (歳)
	住所	(〒 -)	都 道 府 県
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()		

委任状	被保険者(請求者)	本請求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。 氏名 (印) 住所 「被保険者(請求者)情報」の住所と同じ	令和 年 月 日
	代理人(口座名義人)	(〒 -) TEL () 住所 (フリガナ) 氏名 (印)	

◆受領を委任される場合は下記振込先指定口座へご記入ください。

振込先指定口座	金融機関名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ()	本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 <input type="checkbox"/> 2. 当座	口座番号
	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。)	口座名義の区分

この請求書は4枚1組となります。4枚ともご提出ください。

「被保険者記入用」は2ページに続きます。>>>

<支給決定伺>

常務理事	事務長	係	平均月額 千円	法定給付	(日額) × (日数) =
			平均日額 円	付加給付	(日額) × (日数) =
資格取得	昭・平・令	年 月 日	取得	支給金額	円
資格喪失	平・令	年 月 日	喪失		
前回支給	令和	年 月 日	日まで	支給期間	日間
支給年月日	令和	年 月 日			
備考				不支給期間	令和 年 月 日から 日 令和 年 月 日まで 日間

受付日付印

支払日付印

(R5.1)

傷病手当金・付加金請求書

被保険者（請求者）記入用

被保険者記号	番号	氏名			
請求内容	1 傷病名	1) _____ 2) _____ 3) _____	2 発病 または 負傷 年月日	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	〔(発病時の状態または負傷の原因を詳しく)〕		
	4 療養のため休んだ期間(請求期間) ★請求期間については、 1ヵ月単位で請求してください	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	日数	日間	
5 あなたの仕事の内容(具体的に) (退職後の請求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(請求期間)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、受けた報酬は、事業主証明欄に記入されている内容のとおりですか	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ	→事業主へご確認のうえ、正しい証明を受けてください		
	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"/> 2. 請求中 <input type="checkbox"/> 3. いいえ	<input type="checkbox"/> 1. 障害厚生年金 <input type="checkbox"/> 2. 障害手当金		
	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をご記入ください	傷病名	基礎年金番号	年金コード	
	〔「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〕	支給開始年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	年金額 円
3 (健康保険の資格を喪失した方は必ずご記入ください) 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 受給している場合、その名称ご記入ください	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. 請求中 <input type="checkbox"/> 3. いいえ	<input type="checkbox"/> 名称			
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	基礎年金番号	年金コード			
〔「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〕	支給開始年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	年金額 円	
4 今回の請求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"/> 2. いいえ				
4 - ① 「はい」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		

この請求書は4枚1組となります。4枚ともご提出ください。

「事業主記入用」は3ページに続きます。>>>

傷病手当金・付加金請求書

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及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	被保険者記号	番号	被保険者氏名							
	勤務状況 【欠勤は○】で、【公休は△】で、【有給は×】でそれぞれ表示してください							出勤	有給	欠勤
	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	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	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	日					
請求期間に対して、賃金を支給しました(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"/> 日給 <input type="checkbox"/> 日給月給	<input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> 歩合給 <input type="checkbox"/> その他	賃金計算	締日	日			
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					労務に服さなかった期間					
請求期間に支給した(する)賃金内訳	期間	正常勤務時の報酬	月 日 ~ 月 日分	月 日 ~ 月 日分	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日まで 日間					
	区分		支給額	支給額	上記の期間中に報酬を支給したとき(又は将来支給するとき)期間と金額					
	基本給				令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日分として					
	住居手当				円 (令和 年 月 日支払・支払予定)					
	家族手当									
	通勤手当				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					
	手当				<input type="checkbox"/> 日割支給 <input type="checkbox"/> 欠勤控除 <input type="checkbox"/> 別紙参照					
	手当									
現物給与										
計										
令和 年 月 日										
上記のとおり相違ないことを証明します										
事業所所在地										
事業所名称										
事業主氏名					(印)					

【被保険者の方へ】

お勤め先の事業所に証明を受けてください。資格喪失以降の期間に関する請求については、空欄でご提出ください。

この請求書は4枚1組となります。4枚ともご提出ください。

「療養を担当した医師記入用」は4ページに続きます。>>>

療養を担当した医師が意見を記入するところ	患者氏名					生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日						
	傷病名	(1)					療養の給付 開始年月日 (初診日)	(1) 令和	年	月	日					
		(2)						(2) 令和	年	月	日					
		(3)						(3) 令和	年	月	日					
	発病または 負傷の年月日	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	日	診療日を ○で囲んで 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	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「主たる症状及び経過」「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		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和			人工臓器等 の種類		<input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工関節 <input type="checkbox"/> 人工骨頭 <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> その他()									
上記のとおり相違ないことを証明します																
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 ()																

【被保険者の方へ】

・医師の意見を受けてください。

【療養を担当した医師の方へ】

・傷病名は労務不能と認められた傷病名を記載してください。

・複数の傷病名がある場合は、(1)から主たる病名を順次ご記入ください。

・療養の給付開始年月日(初診日)は左の傷病の初診日をご記入ください。

・労務不能と認められた期間は、治療期間ではなく療養のため就労できなかったと認められる期間とその日数をご記入ください。また、証明日以前の期間をご記入ください。

・症状および経過、労務不能と認められた医学的な所見を詳しくご記入ください。

この請求書は4枚1組となります。4枚ともご提出ください。