

傷病手当金支給決定伺

| | | | | | | |
|-------|---------|-------------|------|-----|----|---|
| 資得 | 年 月 日 | 支給決定金額 | 常務理事 | 事務長 | 課長 | 係 |
| 格喪 | 年 月 日 | 十 万 千 百 十 円 | | | | |
| 支給 | 年 月 日から | 標準報酬月額 | | | | |
| 期間 | 年 月 日まで | 円 | | | | |
| 前回までの | 年 月 日から | 法第108条該当 | | | | |
| 支給期間 | 年 月 日まで | 金 | | | | |

健康保険傷病手当金請求書 (第 回)

| | | | | |
|--|---|--------------------------------|--|---|
| ① 被保険者証の記号 | ② 被保険者(フリガナ) | ③ 被保険者(請求者)の住所 | ④ 事業所の名称 | ⑤ 被保険者の生年月日 |
| ⑥ 傷病名 | ⑦ 発病又は負傷年月日(療養開始日) | ⑧ 発病の状態又は負傷の原因を詳しく | ⑨ 第三者の行為によるものですか | ⑩ 療養のために休んだ期間(申請期間) |
| ⑪ 上記⑩の休業期間に報酬を受けましたか。 | ⑫ 上記⑪で「受けた」(今後受ける)と答えた場合、その報酬支払の基礎となった(なる)期間を記入して下さい。 | ⑬ 「障害厚生年金」または「障害手当金」を受給していますか。 | ⑭ 上記⑬で「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)傷病名を記入して下さい。 | ⑮ 上記⑬で「はい」または「請求中」と答えた場合、基礎年金番号年金コード、支給開始年月日、年金額を記入して下さい。 |
| ⑯ 退職後に継続して傷病手当金を申請する場合、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。 | ⑰ 上記⑯で「はい」または「請求中」と答えた場合、基礎年金番号年金コード、支給開始年月日、年金額を記入して下さい。 | ⑱ 労災保険から休業補償給付を受けている期間の申請ですか。 | ⑲ 退職後の請求の場合、失業給付を受ける期間の申請ですか。 | ⑳ 本請求に基づく給付金に関する権限を代理人に委任します。 |
| ㉑ 受取代理人の氏名と印 | ㉒ 代理人の住所 | ㉓ 振込希望口座 | ㉔ 銀行 | ㉕ 本店 |

◎受取代理人は、給付金の受領を第三者に委任する場合に記入してください。

被保険者のマイナンバー記載欄
(被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です)
マイナンバーを記入した場合は、必ず本人確認書類を添付してください。

| | | |
|--|---|---|
| 被保険者氏名 | ⑥ 労働に服さなかった期間 | ⑦ 年 月 日から 年 月 日まで |
| 事業主が証明するところ | ⑧ 就労状況(欠勤……欠 出勤……出 有給……有 公休……公 早退……早 と該当日に表示) | 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 |
| | ⑨ 1か月分の基本給・諸手当の額(支給の有無に関係なく記入) | ⑩ 基本給・諸手当の支給状況(給料の精切単位に記入) |
| | 基本給 (1か月 円) | 月 日~ 日 円 |
| | 月給・日給・時給・その他() | 月 日~ 日 円 |
| | 住宅手当 無・有(1か月 円) | 月 日~ 日 円 |
| | 通勤手当 無・有(1か月 円) | 月 日~ 日 円 |
| | 家族手当 無・有(1か月 円) | 月 日~ 日 円 |
| | 手当 (1か月 円) | 月 日~ 日 円 |
| | 手当 (1か月 円) | 月 日~ 日 円 |
| | 手当 (1か月 円) | 月 日~ 日 円 |
| 合計 (1か月 円) | 月 日~ 日 円 | |
| ⑪ 給料締切日 日 | ⑫ 基本給、諸手当の給料支払日 日 | ⑬ 計算方法 (具体的に記入) |
| ⑭ 上記の通り相違ないことを証明します。 年 月 日 所在地 事業所の名称 事業主の氏名 電話番号 () | | |

| | | | |
|---|------------------------|-----------------|--------------------|
| ㉖ 傷病名 | ㉗ 療養開始年月日 | ㉘ 発病又は負傷の原因 | ㉙ 発病又は負傷した年月日 |
| ㉚ 労務不能と認められた期間 | ㉛ ㉚の期間中の診療実日数 | ㉜ ㉚の期間中における入院期間 | ㉝ 療養費用の別 健保・公費・その他 |
| ㉞ 傷病の主な症状及び経過(くわしく記入してください) | 「治療内容、検査結果、療養指導」等(詳しく) | | |
| ㉟ (1) 人工透析を開始した日 (2) 人工骨頭又は人工関節をそう入置換した日 (3) 人工肛門を造設した日 (4) 人工膀胱又は尿路変更術を施行した日 (5) 心臓ペースメーカー、人工弁を装着した日 年 月 日 | | | |
| ㊱ 上記のとおり相違ありません。 年 月 日 所在地 医療機関名 医師氏名 電話番号 () | | | |