

傷病手当金請求書① (第 回)

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者証の 記号・番号	記号	番号	事業所名	業務内容	
	資格取得年月日	年	月	日	氏名(請求者)	
	病気やけがの為 仕事を休んだ期間 (請求期間)	年	月	日から	住 所	
		年	月	日まで		
	傷病名				連絡先 生年月日	() 年 月 日生
	発病または 負傷の原因	(いつ) 年 月 日(曜日) 午前 時頃			第三者行為によるものですか 1. はい 2. いいえ	
		(どこで) 自宅・職場・通勤中 その他()			「1.はい」の場合は「第三者行為による傷病届」を添付 老齢・退職を事由とする公的年金の受給はありますか (例:老齢厚生年金) 1. ある 2. ない 3. 手続中	
		(何をしていた・どうした)			障害厚生年金・障害手当金の受給はありますか 1. ある 2. ない 3. 手続中	
	銀行保 険者	銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所			労災保険から休業補償給付を受けていますか。(又は、 過去に受けたことがありますか。) 1. ある 2. ない 3. 手続中(労働基準監督署)
		普通	口座番号	(フリガナ)		口座名義
□マイナポータル等で事前登録した公金口座を利用します。(利用する場合は□にチェック、利用しない場合は上記の欄を記入。) 注)口座情報の反映には登録から数日を要します。						
<p>・被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です。</p> <p>・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。</p> <p>被保険者のマイナンバー記入欄 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>						

療 養 を 担 当 し た 医 師 が 証 明 す る 欄	傷病名	発病又は負傷の日	年	月	日	発病又は 負傷の原因						
	労務不能と 認められた期間	年	月	日から	療養開始年月日	年	月	日	区 別	業務上・業務外		
		年	月	日まで		期間中の診療実日数	日	左記期間中 の入院期間	年	月	日から	年
	傷病の主症状及び経過状況 (労務不能期間における症状、療養指導、手術をした場合は名称と年月日など、できるだけ詳しく記入してください)						転 帰	治癒 ・ 継続 ・ 中止 ・ 転医				
	今後、労務不能と認められる期間及び意見						この欄に記入したことは、事実と相違ない事を証明します。					
年 月 日												
						医療機関						
						所在地						
						名 称						
						医師氏名						
						電話番号						
※ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入ください。												

健 康 保 険 組 合 処 理 欄	支給額	円	支給日	年	月	日	常務理事	担当	確認	確認			
	支給期間	年	月	日から	支給開始日	年	月	日					
		年	月	日まで		日間	支給満了日	年				月	日
	不支給期間と その理由	年	月	日から	日間	前回始め	年	月	日	資格取得	年	月	日
		年	月	日まで		前回終了	年	月	日	資格喪失	年	月	日
	()						標準報酬月額 千円						
支給額計算						円 × $\frac{2}{3}$ × 日間 = 円 <input type="checkbox"/> 事業主証明用に記入							
						受付日付印							

請求時には、傷病手当金請求書②(事業主証明用)を同時にご提出ください。(任意継続被保険者、資格喪失後の給付の場合は提出不要)