

傷病手当金支給申請書 (第 回)

必ずご確認ください

この申請書について、下記A及びBの要件を確認して✓を入れてください。

記入例

- A. 申請者本人(被保険者)が作成したものである。
- B. 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。

被保険者記入欄

傷病手当金3-1

① 被保険者の	記号 3000	番号 10	氏名 不動産 太郎	生年月日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 38年 5月 1日
② 被保険者の現住所	〒 150-0011 渋谷区〇〇		日中連絡の取れる電話番号 TEL 000(000)0000	
③ 職業(種類)	(*①欄/記号番号記入の場合は、不要です) 経理事務			
⑤ 本申請書の提出を事業主へ依頼します。(事業主経由(依頼)する場合は✓)	<input checked="" type="checkbox"/>			
⑦ 傷病名	胃がん		⑧ 発病または負傷の年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 3年 3月 21日
⑨ 発病又は負傷の原因について	3月頃より食欲がなく、体調も悪かったため病院で検査したところ、病気が見つかった。		⑩ 他人の行為によって発病又は負傷したものですか <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
⑪ 療養のため休んだ期間(請求期間)	令和 〇年 4月 1日 から 令和 〇年 4月 30日 まで		30 日間	
⑫ 上記期間中における療養状況を詳しく	入院・手術となった。退院後は安静に自宅療養。刺激物は控えめにすること。			
⑬ 上記請求期間中に報酬をうけましたか	<input checked="" type="checkbox"/> 受けた(令和 〇年度 4月分 22,000 円)		<input type="checkbox"/> 受けていない	
⑭ 労災保険から休業補償給付を受けていますか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 請求中		労働基準監督署	
⑮ 障害年金等を受給中の期間	上記⑦により障害年金が支給されていますか		<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 請求中	
⑯ 退職後(資失後)の期間を請求される方	健康保険(名) 現在加入している			
⑰ 介護保険法によるサービスを受けている方	(保険者番号) (保険者名称)			
⑱ 振込先指定口座	□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。(利用する場合は✓。利用しない場合下記の欄を記入。) ※被保険者以外の口座を指定する場合は、下記「受取代理人の欄(右側)」を必ずご記入ください。			
	銀行・店名	(店番号)	本請求にもとづく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。	
	銀行・金庫	(店名) 本店 支店	受取代理人(住所)	被保険者(請求者) (住所)
	口座名義	(カタカナでご記入ください)	受取代理人(氏名)	被保険者と代理人との関係 配偶者・親子・その他()

訂正の場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と記入者(被保険者)のサイン(フルネーム)をご記入ください

30 不動産太郎

⑪の請求期間の給与(基本給、通勤手当等)を受けた場合は、ご記入ください

傷病手当金意見書交付料を支払った領収書を添付してください(コピー可)

被保険者以外の口座を指定する場合は、こちらをご記入ください

[注意事項]

- ※記入もれがある場合は、書類を一旦お返しすることがあります。
- ※記入内容を訂正される場合は、訂正箇所に被保険者のサイン(氏名:フルネーム)をご記入ください。
- ※傷病手当金意見書交付料を支払った医療機関発行の領収書を添付してください。(コピー可)

事業主証明欄

傷病手当金3-2

被保険者の⑪請求期間のうち、労務に服さなかった期間を証明してください
(在籍期間のみ)

記号	番号	氏名
3000	10	不動産 太郎

記入例

令和 ○年 4月 1日 から 令和 ○年 4月 30日 まで 30 日間

1、	4 月	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
2、	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
3、	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

必ず該当する方へ✓を入れてください

③ 上記②欄の期間に対して、賃金を支給をした(はい いいえ)。また、支給日以降、追って、支給するものが(ある ない)

賃金計算締日 当月・翌月 25 日

満額支給、満額控除していない場合は、支給金額・欠勤控除・精算額等の算出式をご記入ください
(賃金台帳等に記載いただいてもかまいません)

④ 報酬について	欠勤控除の有無	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	欠勤控除の算出式	基本給 300,000 + 住宅手当 30,000 ÷ 30 ※固定残業代22,000円は満額支給
	控除額	① 一日当たりの控除額	② 欠勤日数	①×②=控除額
		11,000 円	30 日	330,000 円 (3年 - 4月分にて控除) 健保一
	通勤手当(支給内訳)	【原則】: <input checked="" type="checkbox"/> (6ヶ月分)前払い <input type="checkbox"/> 当月払い <input type="checkbox"/> 前月払い <input type="checkbox"/> 翌月払い <input type="checkbox"/> なし ・ () 日分 () 円 (日額 円) 支給 ・ 3月1日 ~ 9月30日 まで、(6)ヵ月分 60,000 円支給(3月給与で支給) * 精算がある場合は ○年 4月分給与で(5)ヵ月()日分控除 精算額算出式 60,000 - 10,000 (1ヵ月分) - 210 (手数料) = 49,790		

⑤ 上記のとおり相違ないことを証明します。

担当者氏名

(* 上記②欄の賃金締切日以降に、事業主証明
令和 ○年 7月 1日

請求期間の賃金締日以降に証明してください

事業所所在地 新宿区○○○

事業所名 ○○○(株)

事業主氏名 健保一

訂正箇所には、事業主のサイン(フルネーム)をご記入ください

TEL 000(000)0000

[注意事項]

- ・ 記入内容を訂正される場合は、訂正箇所に事業主のサイン(氏名:フルネーム)をご記入ください。
- ・ 1回目及び請求期間に係る賃金締切日までに賃金の支払いがある場合は、必ず出勤簿(タイムカード)・賃金台帳の写しを添付してください。
- ・ 被保険者資格喪失後でも請求期間が在職期間中の場合は、事業主証明が必要となります。
- ・ 被保険者資格喪失後の請求期間分の申請は、事業主証明は必要ありません。

医師意見欄

記入例

患者氏名	不動産 太郎		傷		
① 傷病名	(1)	胃がん	3.3.21		
	(2)				
	(3)				
③ 発症または負傷の原因	不詳		④ 発症または負傷の年月日 <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 3年3月21日		
⑤ 労務不能と認めた期間	令和 ○年4月1日 から 令和 ○年4月30日 まで 30 日間				
⑥ 上記⑤期間中の診療日 (* 外来の場合、診療日を○で囲んでください。)	入院	令和 ○年4月1日 から 令和 ○年4月30日 まで 30 日間			
	外来	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		
	(診療実日数)	30 日 ・ (最終診療日) 令和 年 月 日			
⑦ ・ 上記期間中における「主たる症状及び経過」、「治療内容、検査結果」等(できるだけ詳しくご記入ください。)					
検診により胃癌発見。 入院手術施行。 ・療養指導等(できるだけ詳しくご記入ください。) 刺激物をひかえること。 きちんと服薬すること。 消化の良いものから食事を開始し、順次量を増やしていくこと。 ・症状の経過からみて、従来職種について労務不能。 4/15胃全摘術 入院中のため、労務不能。 退院後は、腹部の安静が必要のため、自宅療養を要する。 ・「治療終了見込み期間」 <input type="checkbox"/> (令和 年 月頃) <input type="checkbox"/> 現段階では未定					
⑧ 医学的見地から、就労可能時期について					
<input checked="" type="checkbox"/> (令和 ○年11月頃) <input type="checkbox"/> 現段階では未定 (その理由) 術後半年経過しているため、症状も安定していると思われる。					
人工透析を実施または人工臓器等を装着したとき					
実施または装着日		人工臓器等の種類			
<input type="checkbox"/> 平成	年 月 日	ア、人工透析 イ、人工膀胱 ウ、人工関節 エ、人工肛門			
<input type="checkbox"/> 令和		オ、心臓ペースメーカー カ、人工骨頭 キ、その他()			
⑨ 上記のとおり相違ありません。 (* 上記⑤欄の労務不能と認めた期間以降に証明をしてください。)					
医療機関の所在地	〒106-0001 港区〇〇〇		令和 ○年 ○月 16日 東京一郎		
医療機関名	××大学病院		※上記⑤欄の労務不能と認めた期間以降に証明をしてください。		
医師氏名	東京 一郎				

主たる病名と関連性がない傷病は、医師意見欄は分けてご記入ください

内容審査に必要と判断した場合は、文書にて照会させていただくことになりますので、できるだけ詳しくご記入ください

訂正箇所には、医師のサイン(フルネーム)をご記入ください

押印不要です

労務不能と認めた期間以降に証明をしてください

【注意事項】

- ・ 記入内容を訂正される場合は、訂正箇所に医師のサイン(氏名:フルネーム)をご記入ください。
- ・ 内容審査に必要と判断した場合は、後日、文書にて照会させていただくことがあります。
- ・ 上記内容が網羅されていれば、医療機関で作成された書式を添付していただいてもかまいません。
- ・ 複数の傷病名がある場合は、傷病名上記①欄に主たる病名を順次ご記入ください。
- ・ 上記②欄は初診日を記入するのではなく、その傷病について健康保険による療養を始めた日をご記入ください。