

傷病手当金請求書

健康保険

(第 回)

被 保 険 者 が 記 入 す る こ ろ	被保険者証の 記号と番号	記号 番号	被保険者の氏名と印 (請求者) 生年月日 昭・平 年 月 日		印
	被保険者の住所	〒 () - 年 月 日			年齢 歳
	事業所の名称			標準報酬 月 額	千円
	資格取得の 年 月 日	昭和 年 月 日	被保険者の 仕事の内容		
	発病又は負傷の 年 月 日	昭和 年 月 日	傷病名		
	発病又は負傷の 原因				
	傷病又は負傷の療養を するために休んだ期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	日間		
	障害厚生年金を 障害手当金を	受けている・手続中・受けていない		第三者行為によるものですか	勤務中によるものですか
	退職後、老齢 厚生年金を	受けている・手続中・受けていない		はい・いいえ	はい・いいえ
	基礎年金番号				
上記年金を申請中の場合	申請年月日	平成 年 月 日	受給予定年月日	平成 年 月 日	
上記年金を受けている場合	受給開始年月日	平成 年 月 日	受給額(年額)	円	
入院期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	日間			
病院名			病院等の 所在地		

- ※ 1 ケガの場合は必ず負傷の原因を記入して下さい。(初回申請時のみ、裏面の負傷原因記入欄に記入して下さい)
- 2 障害年金などの欄は必ず○で囲んで下さい。
- 3 傷病が第三者によるものであるときは、別に『第三者行為による傷病届』をこの請求書に添付して下さい。
- 4 傷病手当金は毎月の給与に代わるべき性格を有する給付金です。2～3ヶ月分をまとめたり、半年近く遅れて請求するのではなく、1ヶ月単位で速やかに請求して下さい。

※訂正する場合は必ず訂正印(同一印)を押して下さい。

受 取 金 融 機 関 の 欄	銀行コード	
	銀行名	
	店番号	
	支店名	
	種類	普通・当座
	口座番号	
フリガナ		
口座名義		

委 任 状	上記請求金額の受領を	印に委任します。
	平成 年 月 日	
	被保険者氏名	印

- ※ 個人振込を希望される方は、被保険者の口座をご記入ください。(委任状は不要です) ゆうちょ銀行の場合は、口座番号欄に通帳の記号番号を記入してください。

備 考	
--------	--

受付日付印

事業主が証明するところ	労務に服さなかった期間	平成 平成	年 年	月 月	日から 日まで	日間	
	給与の支払形状	月給	円	(日額)	円)	毎月	日締切
		日給	円	その他			日支払
	手当などの支給がある場合						
	家族手当 住宅手当						
	月 日～ 月 日	円	円	円	円	円	円
	月 日～ 月 日	円	円	円	円	円	円
	その他支給がある場合						交通費 一ヶ月・三ヶ月・六ヶ月・その他 月 日～ 月 日
	欠勤控除した場合の計算方法	記入例:○○手当÷○日×欠勤日・○○給÷○時間×欠勤時間					円
	上記のとおり相違ないことを証明します。平成 年 月 日						
事業所所在地 名称 事業主氏名							
Ⓜ 電話 ()							

初回請求と最終回のものは、出勤簿・賃金台帳の写しを添付して下さい。
 (請求期間の該当する月に賃金の支払いがある場合は、支給金額又は欠勤控除の計算方法を必ず記入して下さい。)
 ※ 役員の場合は、役員会等の議事録の写しを添付して下さい。

療養を担当した医師が意見を書くところ	患者氏名								
	傷病名								
	発病・負傷の年月日	昭和 平成	年	月	日	療養の給付を開始した年月日 昭和 平成	年	月	日
	労務不能と認められた期間	平成 平成	年	月	日	から まで	日間		
	期間中の入院期間	平成 平成	年	月	日	日間	入院の費用の別 転 帰	健保・自費・公費・その他 治ゆ・繰越・中止・転医	
	診療した日を○で囲んで下さい	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	日					
	期間中における『主たる症状および経過』『治療内容、検査結果、療養指導』等(くわしく)							手術年月日 平成 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							退院年月日 平成 年 月 日	
	今後療養を要する期間	年 月 日～ 年 月 日	年 月 日	年 月 日	労務復帰はいつ頃になりますか				
	人工透析を実施又は人工臓器を装着したとき	人工透析を実施又は人工臓器を装着した日	昭和・平成	年	月	日	人工臓器等の種類 ア、人工肛門 イ、人工関節 ウ、人工骨頭 エ、心臓ペースメーカー オ、人工透析 カ、その他()		
上のとおり相違ありません。平成 年 月 日									
住 所 医師 医療機関名 氏 名									
Ⓜ 電話 ()									

負傷原因記入欄

初回申請時のみ記入して下さい。
相手がいる負傷の場合は、『第三者の行為による傷病届』が必要となります。

負傷原因について記入して下さい(該当するものに○で囲んで下さい)

【負傷日時・場所等】		【受診した医療機関】	
被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	1. いつケガ(負傷)をしましたか	6. 診療を受けた病院名とその期間等	
	平成 年 月 日 (曜日)	病院名 _____	
	午前・午後 時 分	年 月 ~ 年 月 治ゆ・治療中	
	2. ケガ(負傷)をした日は次のうちどの日でしたか	病院名 _____	
	出勤日・休日	年 月 ~ 年 月 治ゆ・治療中	
	その他()	7. 負傷をした時の状況(原因)を 具体的に記入してください	
	3. ケガ(負傷)をした時は 次のうちどの時間帯でしたか		
	勤務時間中・通勤途中		
出張中・私用・その他()			
4. ケガ(負傷)をした場所はどこでしたか			
会社内・道路上・自宅			
その他()			
5. ケガをした原因で次に あてはまる場所がありますか			
交通事故・暴力(ケンカ)			
スポーツ中(職場の行事・職場以外の行事)			
動物による負傷(飼い主有・無)			
上記項目にあてはまる原因がある場合 被害者ですか、加害者ですか 相手			
有 ⇒ ・あなたは被害者 ・あなたは加害者			
無			
	8. 申請者が代表取締役役員の方の場合		
	労災保険に特別加入していますか 加入有・加入無		