

傷病手当金 支給申請書

傷病手当金付加金

片面印刷で①～③をそろえて提出してください。

①

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証	記号		番号							(第 回 目)	
	氏名						住所					
	生年月日	昭和・平成 年 月 日					事業所名					
	仕事の種別・内容						被保険者資格を取得した日	S・H・R	年	月	日	
	傷病名						発病・負傷の年月日	H・R	年	月	日	
	発病・負傷の状態、原因	第三者行為(交通事故など)によるものですか ※ はい ・ いいえ										
	療養のため休んだ期間	令和 年 月 日から令和 年 月 日 (歴日数) 日間										
◎障害年金または障害手当金を受給していますか はい ・ 請求中 ・ いいえ 「はい」「請求中」の場合、右表の①～⑥を記入 (退職者の方)	①年金の種類					・ 障害厚生(基礎)年金 ・ 障害手当金						
◎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 はい ・ 請求中 ・ いいえ 「はい」「請求中」の場合、右表の③～⑥を記入	②受給の原因となった傷病名											
	③基礎年金番号					④年金コード						
	⑤支給開始日					年 月 日						
	⑥年金額					年金給付の年金証書又はこれに準ずる書類の写し及びその額及びその支給開始年月を証明する書類並びにその直近の額を証明する書類(年金額改定通知書等)を添付して下さい。						

委 任 状	この申請書の「申請及び給付金の受領」を事業所代理人に委任します。 被保険者氏名
	事業所代理人氏名

受付日付印

・ 傷病手当金付加金は支給日数の合計が30日を越えたとき、1日目から支給されます。
※ 傷病原因が第三者の行為による場合は「第三者の行為による傷病届」を提出してください。

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄に被保険者のマイナンバーを記載してください。
(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。)

備考欄	
-----	--

支 給 支 払 決 議 書	支給額合計	円	伺年月日		常務理事	事務長		係
	支給開始日	年 月 日	支払年月日					
	支給満了日	年 月 日	前回支給期間	自 年 月 日 至 年 月 日				
	標準報酬月額	円						
算 定	給付の種類	支給期間			支給日数	支給率	支給額	
	傷病手当金	年 月 日から 年 月 日			日		円	
	傷病手当金付加金	年 月 日から 年 月 日			日		円	
		年 月 日から 年 月 日			日		円	

傷病手当金支給申請書

傷病手当金付加金

②

療養を担当した医師が意見を記入するところ	療養を受けた人の氏名																												
	傷病名	①	初診年月日	① 平成・令和 年 月 日																									
		②		② 平成・令和 年 月 日																									
		③		③ 平成・令和 年 月 日																									
	発病または負傷の年月日		平成・令和 年 月 日																										
	労務不能と認められた期間		令和 年 月 日から	発病または負傷の原因																									
			令和 年 月 日まで																										
	うち入院した期間		令和 年 月 日から																										
			令和 年 月 日まで	転 帰 全治 継続 中止 転医																									
	診察日数	診察した日を○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																										
日		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																											
(1)上記期間中における主症状及び経過、治療内容等			(2)症状経過から見て、労務不能と認められた医学的所見									(3)労務不能1ヶ月に対して診療日数が1日以下のときは、その理由と労務不能と認められた経過について																	
人工透析を実施または人工臓器を装着した日		人工透析の実施または人工臓器を装着した日			昭和・平成・令和 年 月 日																								
人工臓器などの種類		人工臓器などの種類			人工肛門		人工骨頭		心臓ペースメーカー																				
					人工関節		人工透析		その他()																				
上記のとおり相違ありません。		令和 年 月 日																											
住所																													
医師 医療機関名																													
氏名																													
電話 ()																													

傷病手当金 支給申請書

傷病手当金付加金

③

事業主が	被保険者氏名																														
	労務に服することができなかった期間		令和 年 月 日から令和 年 月 日																												
	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、賃金支払状況などを記入してください。																														
	【勤務状況】		出勤は○で、有休は◎で、公休は◇で、欠勤は＝でそれぞれ表示して下さい。																												
	年	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
年	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
年	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
年	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
証	上記期間中の給与支払状況		給与等 通勤費	支給なし	支給あり (全部・一部)	給与の種類		月給	日給	時給	その他()																				
	賃金等		期間	年月日～ 年月日分	年月日～ 年月日分	年月日～ 年月日分																									
明	支払日		毎月 日	年月日	年月日	年月日																									
	単価			支給額	支給額	支給額																									
	基本給		円																												
	通勤手当		円																												
	住居手当		円																												
	手当		円																												
る	合計		円																												
	備考		通勤手当が複数月分支給の場合 (ヶ月分) (円) (月～月分) (支給日)																												
こ	上記のとおり相違ないことを証明します。		令和 年 月 日																												
	事業主住所氏名																														