

傷病手当金支給申請書

第 回 目

〔被保険者(申請者)が記入するところ〕

被保険者等記号・番号		被保険者(申請者)の氏名		生年月日	
記号	番号			昭和・平成 年 月 日	
被保険者 (申請者) の住所	〒 ー			☎ ー ー 携帯 ー ー	
事業所名称			仕事の内容 (退職者は在職中の)		
傷病名	①	初診日	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
発病時の状況			現在の状況		
※傷病がケガによるもの場合には、「負傷原因届」を添付してください。					
療養のため 休んだ期間 (申請期間)	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間				
うえの「療養のため休んだ期間」の報酬を受けましたか。又は今後受けますか。			・受けた ・受けない ・今後受ける ・今後も受けない		
報酬の支払いを受けた(受けられる)ときは、その支払の基礎となる期間と報酬額			令和 年 月 日から 円 令和 年 月 日まで		
障害厚生 年金等	「障害厚生年金」又は「障害手当金」を受給していますか。		・はい ・いいえ ・請求中		
	受給している場合、どちらを受給していますか。		・障害厚生年金 ・障害手当金		
	「はい」又は「請求中」と答えた場合、受給の要因となった(なる)傷病名、 基礎年金番号、年金コード、支給開始日、年金額を記入してください。 (年金額の記載された通知書の写しを添付してください。)		傷病名		
			基礎年金番号	年金コード	
			ー		
			支給開始年月日	年金額	
平成・令和 年 月 日		円			
資格喪失後	資格喪失した方で、その後も継続して傷病手当金を申請する場合、 老齢又は退職を事由とする公的年金を受給していますか。		・はい ・いいえ ・請求中		
	「はい」又は「請求中」と答えた場合、基礎年金番号、年金コード、 支給開始日、年金額を記入してください。 (年金額の記載された通知書の写しを添付してください。)		基礎年金番号	年金コード	
			ー		
			支給開始年月日	年金額	
平成・令和 年 月 日		円			
労災関係	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。		・はい ・いいえ ・労災請求中		
	「はい」又は「請求中」と答えた場合、労働基準監督署名を記入してください。		名称	労働基準監督署	

〔保険給付金振込先〕(①と②のいずれかに☑してください)

令和 年 月 日提出

- ① ☐ マイナポータル等で登録した「公金受取口座」への振込を希望します。
- ② ☐ 下の欄に記入した口座への振込を希望します。

／ 受付日付印 ＼

金融機関名			・銀行・金庫・信組			・支店・出張所
口座番号						・普通 ・当座
口座名義	(フリガナ)					

※ 振込先の口座名義を被保険者(申請者)以外の方とする場合には、委任状を添付してください。

第1回目の申請のときは、申請期間の給与台帳(一部支給されている場合は、基本給与、諸手当等の明細が分かるもの)と出勤簿(タイムカード)の写しを添付してください。

〔事業主の方が記入するところ〕

労務に服さなかった期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		日間																														
うえの期間の勤務状況 (記入例: 出勤は○で、有給は△で、公休は公で、欠勤は/で、それぞれ表示してください。)										出勤	有給																						
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	日
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	日
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	日
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	日
労務に服さなかった期間の賃金を	支給しましたか?		・はい		・いいえ		賃金計算		給与締日		日																						
	今後支給しますか?		・はい		・いいえ				給与支払日		当月 翌月 日																						
被保険者の報酬形態 (該当に○)			・月給		・日給		・月給		・日給		・時給		・歩合給		・役員報酬		・その他()																
うえの期間中の分として報酬を「支給した」場合又は「支給する」場合、その期間と支給額を記入してください。																																	
該当月	年		月		日		年		月		日		日間	支給額		日額																	
年 月	自:						至:							円		円																	
年 月	自:						至:							円		円																	
年 月	自:						至:							円		円																	
年 月	自:						至:							円		円																	
うえのとおり相違ないことを証明します。													令和 年 月 日																				
事業所所在地																																	
事業所名称																																	
事業主氏名																																	
													☎ — —																				

〔療養を担当した医師が意見を記入するところ〕

受診者氏名			医師によるご意見欄は、傷病手当金の支給・不支給の判断をするために大変重要となりますので、できるだけ詳しく記入してください。																													
労務不能と認めた傷病名	①	療養の給付	① 年 月 日																													
	②	開始年月日	② 年 月 日																													
	③	(初診日)	③ 年 月 日																													
発病又は負傷の年月日	昭和・平成・令和 年 月 日		発病又は負傷の原因																													
労務不能と認めた期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		日間																													
診療実日数 (診療日に○)	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
	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
	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
うえの期間中に入院した期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		日間																													
(1) 労務不能と認めた期間における主たる症状及び経過 (診療内容、検査結果、療養指導等、詳しく)																																
(2) 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所見																																
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・令和 年 月 日																													
	人工臓器の種類	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()																														
うえのとおり相違ありません。													令和 年 月 日																			
医療機関所在地																																
医療機関名称																																
医師の氏名													☎ — —																			