

(在職中の方は勤務先の
健保担当窓口経由でご提出ください。)

傷病手当金・傷病手当付加金(注2)
延長傷病手当付加金(注2)

請求書(第 回目)

○新規請求のときは、別紙「傷病手当金請求に伴う状況報告書」を作成のうえ、本請求書に添付して請求して下さい。

被保険者の記入欄	被保険者等	記号	番号	下記のとおり請求します。 支給金額の受領を事業主に委任します。(注1) 令和 年 月 日 フリガナ 被保険者氏名 昭和 年 月 日 生年月日 平成 年 月 日	
	記号・番号が分からない場合は マイナンバーを記入してください				
	事業所名称				
	所属				
	療養のために 休業した期間	令和 年 月 日 から	令和 年 月 日 まで		
	現在、障害(厚生)年金や障害手当金の受給を受けていますか?	<input type="checkbox"/> 受けている(年 月~)注4 <input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 申請中			
退職 入職者欄	住所(〒 -)	給付金振込先銀行口座(本人名義のもの)			
		銀行名	支店名	種別	口座番号
	電話番号 ()				

医師の意見記入欄	傷病名			発病または負傷の年月日	療養の給付を開始した年月日
				令和 年 月 日	令和 年 月 日
	発病又は負傷 の原因	療養のため 労務不能と 認めた期間	令和 年 月 日から	左記期間の診療実日数	引続き休業の必要性 要する・不要 約 日間
			令和 年 月 日まで	日	
労務不能と認めた期間中における傷病の主状態および経過概要				記載のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 医療機関 所在地 及び 名称 保険医氏名	

事業主の証明欄	○労務に服することができなかった期間についての勤務状況および賃金支払状況等を記入してください。																															
	【勤務状況】 出勤は出、欠勤は○、有休は△、公休は公、でそれぞれ表示してください。連続する場合は一でつないで表示してください。																															
	令和 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
	令和 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
	令和 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
	労務に服さなかった期間	上記期間の賃金支給状況		支給額(円)		記載のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日																										
令和 年 月 日から	令和 年 月 日から				事業主 所在地 名称 氏名																											
令和 年 月 日まで	令和 年 月 日まで																															
給与の種類	令和 年 月 日から																															
<input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> その他	令和 年 月 日まで																															

健保組合記入欄	支給決定並びに支出伺	支給期間	令和 年 月 日	日間	標準報酬 月 額	円	標準報酬 日 額	円
		給付金種別	支給率	支給日額	給与年金等 受給日額	差引支給 日 額	支給日数	支給額
		傷病手当金	2/3	円	円	円	日	円
		傷病手当金付加金	1/30					
	延長傷病手当金付加金	50%						
	傷病手当支給開始年月日	令和 年 月 日		支給額 合計				
	延長傷病手当 支給開始年月日	令和 年 月 日		常務理事	事務長	主任	担当	
	支給決定年月日	令和 年 月 日						
資格喪失年月日	令和 年 月 日							

(注)1. 毎月23日(休日の場合は前倒し)を受付締切日とし、記入内容及び添付書類等を審査し、在籍分は事業所宛・退職後分は指定口座へ振込します。

2. 資格喪失日以降の給付(退職後給付)については傷病手当金(法定分)のみとなり、付加金は給付いたしません。

3. 記載内容の訂正を行う場合は、訂正印を押印してください。印漏れがあるときは受付できません。

4. 障害厚生年金及び退職後の老齢厚生年金を受給している場合は、支給額が調整されます。各年金を受給された場合は、年金証書(写)または、振込通知書(写)を必ず提出してください。