|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **傷病手当金請求書（第　　回目）**  ※傷病手当金は給与に代わるものですので、原則1ヵ月単位で請求してください。　 　　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | |
| 請  求  者  の  記  入  欄 | 被保険者証の記号番号 |  |  | 第三者行為によるものですか。 （はい ・ いいえ） | | |
| 氏名 | ㊞ | | 年金又は手当金を受けていますか。（はい ・ いいえ） | | |
| 発病又は負傷年月日 | 年　　 月　　 日 | | その種類は何ですか。（該当するものに○印）  老齢年金 ・ 障害厚生(基礎)年金 ・ 障害手当金  出産手当金(予定日　　 　) その他(　 　　　　　　) | | |
| 傷 病 名 |  | |
| 発病又は負傷の原因  （場所や発生時刻等、  　できるだけ詳しく  　記入して下さい） |  | | 受給額 | 年額 　 円 | |
| 受給開始日 | 年　　　月　　　日 | |
| 受給事由である傷病名 | |  |
| 労務不能の期間  （延　　　日間） | 自 　　　年　　 月　　 日  至　　　 年　　 月　　 日 | | 入 院 期 間  （延　 日間） | 自　　 　　 年 　　 月 　　 日  至　　　　 年　 　 月　 　 日 | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事  業  主  の  証  明  欄 | 月  勤怠 | 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  勤怠 | 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 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 出勤は  (○)  欠勤は  (×)  有給は  (有)  早退は  (早)  休日は  (休) | **基本給**  **賃金台帳添付** | | | | 月　　日から  月　　日までの分 | | | | | 月　　日から  月　　日までの分 | | | | | 上記のとおり相違ないことを証明します。  　　 年　　　月　　　日  所在地  事業所名  事業主名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞  ＴＥＬ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 円 | | | | | 円 | | | | |
| **手当** | | | | 月　　日から  月　　日までの分 | | | | | 月　　日から  月　　日までの分 | | | | |
| 円 | | | | | 円 | | | | |
| **手当** | | | | 月　　日から  月　　日までの分 | | | | | 月　　日から  月　　日までの分 | | | | |
| 円 | | | | | 円 | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 療  養  担当医師の意見  欄 | 傷 病 名 | |  | | 発病または  負傷の原因 |  | 平成　　 年　　 月　　 日 |
| 発病または  負傷の年月日 | | 年 月 日 | | 療養給付の  開始年月日 | 年 月 日 |
| 労務不能と  認めた期間 | | 自　 　 　 年 　　 月 　　 日  至　 　 年 　　 月 　 　 日  （延　　　　日間） | | 左記期間中の  入 院 期 間 | 自 　 　 年 　　 月 　　 日  至 　　 年 　　 月 　　 日  （延　　 　　日間） |
| 診療実日数  　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 | | |
| 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 | | | 自平成　　 年　　 月　　 日  至平成　　 年　　 月　　 日  （延　　　　日間） |
| 主症状および経過概要、その他参考意見をご記入ください。 | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
| 上記のとおり相違ないことを証明します。 所在地  　　年 　　月 　　日　　　　　　　　　　　医療機関名  　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　担当医師名　　　　　　　　　　 　　　　　㊞  　　　　　　　　　　　　　　　 　 　　　　　　ＴＥＬ | | | | | |

【記入上の注意事項】

１． 傷病手当金は、被保険者が疾病あるいは負傷により、その療養のため労務に服することが出来ず、賃金の支払いがない場合に、その期間の生計費として支給される手当です。

２． 同一疾病等により引き続き請求する場合は、標題の次に第何回目として記入してください。

３．発病又は負傷の原因が外傷であるときは、負傷の日時、場所及び原因を詳しく記入してください。

1. 各種年金及び手当金等との併給調整がある場合がありますので、受給状況を必ず記入してください。

５．氏名を本人自ら署名した場合は、押印不要です。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　2019.09