

# 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	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center; font-size: small;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td></tr> </table>																															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	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	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center; font-size: small;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td></tr> </table>																															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	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	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																																																										
		賃金台帳添付	円	円																																																											
	手当	月 日から 月 日までの分	月 日から 月 日までの分																																																												
	手当	月 日から 月 日までの分	月 日から 月 日までの分																																																												
	手当	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																																																																																													
	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 認められた期間	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	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center; font-size: small;"> <tr><td>月</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td></tr> <tr><td>日</td><td>月</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td></tr> </table>																															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
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																																																																
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。  年 月 日  所在地 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。
4. 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。