

傷病手当金・延長傷病手当金付加金請求書

※両面コピー禁止

(第 回)

【2021.4 改定】

(注意事項)

○事業主証明欄は記入しないで下さい。
○該当箇所は漏れなく記入し、必要な文字は○で囲んで下さい。
○訂正箇所には③欄と同じ印を押印して下さい。
○傷病の原因が第三者の行為によるものであるときは、「第三者による傷病届」を添付して下さい。
○厚生年金より障害手当金を受けた場合は「厚生年金障害手当金裁定通知書」の写を添付して下さい。

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	①被保険者の 記号・番号	記号 番号	②請求者 (被保険者) の氏名			
	③事業所の名称			④担当業務の種類 (事務・製造・営業等)		
	⑤資格取得年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	⑥発症又は 負傷の原因 (詳しく) この欄に記入できない 場合は別紙に	(いつ) 平成 年 月 日 令和	日
	⑦傷病名				(どこで)	
	⑧第三者行為に よるものですか	はい	いいえ		(何のために、何をしているとき)	
	⑨病気や負傷で 療養の為休んだ期間	令和 年 月 日 から	令和 年 月 日 まで	日間	ただし	日 日 日 日は出勤
	⑩厚生年金保険 (該当字句を○で 囲んで下さい)	障害年金	を 受給 している していない 請求中	受給 して いる 時	年金証書の 記号番号	
		障害手当金			傷病名	
		老齢年金			受給権発生 年月日	
	⑪払渡しを 希望するところ (請求者名義のものを 記載して下さい)	銀行 本店 信用金庫 支店	普通 貯蓄 当座	口座番号	口座名義人	カナ
任 意 継 続 者 (退 職 者) 配 入 欄	⑫請求期間中の 雇用保険失業給付金 について	該当語句にチェック☑ 添付書類【必須】		⑬現在加入の保険証の写しを請求書に その都度、添付してください ※健康保険加入先に確認させていただく ことがあります		
		<input type="checkbox"/> 受給している	→ 傷病手当金の請求 できません			
		<input type="checkbox"/> 受給していない	→ 離職票1.2 コピー			
		<input type="checkbox"/> 受給延長中	→ 延長証明 コピー			
委 任 欄	⑭上記傷病手当金・延長傷病手当金の受領を 住所 氏名 に委任します。				事業所社会保険担当者確認印	
	銀行 本店 信用金庫 支店	普通 預金 当座	口座番号 カナ 口座名義人		受付印	
	令和 年 月 日	請求者氏名 _____				

記号 - 番号	—	被保険者氏名																																
事業主が証明する欄	⑮ 労務に服さなかった日 [該当する日を○で囲む]	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	計 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	計 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	計 日
	⑯ 上記期間中に対する報酬支給の有無	有・無	⑰ 給料の形態		月給 ・ 日給 ・ 歩合給 ・ その他()																													
	⑱ 上記期間中に有給休暇があればその日額及び月日	日額	計 日																															
	⑲ 上記の労務に服さなかった期間中に支払った報酬額又は今後支払われる報酬額及び支給対象期間等	本給(基本給)		円	月 日	～	月 日	月(日)分	⑳ 給与締切日																									
		通勤手当		円	月 日	～	月 日	月(日)分	毎月																									
		手当		円	月 日	～	月 日	月(日)分	日																									
		手当		円	月 日	～	月 日	月(日)分	㉑ 支払日																									
				円	月 日	～	月 日	月(日)分	毎月																									
自社株奨励金		円	月 日	～	月 日	月(日)分	日																											
懇親会費		円	月 日	～	月 日	月(日)分																												
現物		衣・食・住	円	月 日	～	月 日	月(日)分																											
< 事業主意見欄 > 月 日 から 【 休職 ・ 慣らし ・ 復職 ・ 再休職 ・ 退職 】																																		
㉒ 上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 事業所の所在地および名称 事業主の氏名 電話() -																																		

(注意事項)
 ○出勤簿にもとづいて正しく記入してください。日曜・祭日等の公休日及び有給休暇も労務に服さなかった日になります。
 ○資金台帳・給与明細等によって正しく記入して下さい。
 ○事業主の訂正は、その箇所又は欄外の訂正欄に事業主の訂正印を押印して下さい。
 ○一カ月を単位として支給される各種手当が労務に服さない期間も含めて支給があるときは、報酬の一部支給となりますので記入して下さい。

保険医が意見を記入する欄	⑳ 傷病名	①	年 月 日	㉔ 療養の給付開始年月日	①	年 月 日	
		②	年 月 日		②	年 月 日	
		③	年 月 日		③	年 月 日	
	㉕ 発病又は負傷の年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	㉕ 発病又は負傷の原因			
	㉗ 上記疾病により労務不能と認められた期間	令和 年 月 日 から	令和 年 月 日 まで	日間	左記の期間中の診療実日数	日	
		令和 年 月 日 から	令和 年 月 日 まで	日間		入院費用の別	健保・公費 自費・その他
	㉘ 上記のうち入院期間	令和 年 月 日 から	令和 年 月 日 まで	日間			
	㉙ 上記期間中における「主たる症状及び経過・療養指導」等、労務不能と認められた医学的な所見(詳しく)						
	人工透析を実施又は人工臓器を装着した日	平成・令和 年 月 日					
	ア.人工肛門 イ.人工膀胱 ウ.人工関節 エ.人工骨頭 オ.心臓ペースメーカー カ.人工透析 キ.その他()						
㉚ 欄最終日時の転帰	繰越 ・ 治ゆ ・ 中止 ・ 転医 ・ 死亡 (月 日)						
㉛ 上記のとおり相違ありません。	令和 年 月 日	医療機関の所在地 名称 医師名 電話 () -					

(注意事項)
 ○合併症の場合はすべての疾病について記入してください。
 ○特に労務不能と認められた傷病の症状、経過をなるべくわかりやすく記入してください。
 ○㉚欄は初診日ではなく健康保険による療養の給付を開始した日を記入してください。
 ○㉙欄は初診日ではなく健康保険による療養の給付を開始した日を記入してください。
 ○㉚欄は初診日ではなく健康保険による療養の給付を開始した日を記入してください。
 ○㉛欄は初診日ではなく健康保険による療養の給付を開始した日を記入してください。