

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。○任意継続者・資格喪失者(退職者)記入欄

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	①被保険者の 記号・番号	記号 1 番号 12345	②請求者 (被保険者) の氏名と印 京瀬良 太郎	
	③事業所の名称	京セラ株式会社 本社		
	④担当業務の種類 (事務・製造・営業等)	事務職		
	⑤資格取得年月日	昭和 平成 14 年 1 月 1 日 令和	⑥発症又は 負傷の原因	(いつ) 平成 令和 2年 1月 1日
	⑦傷病名	糖尿病	(詳しく)	(どこで) 自宅
	⑧第三者行為に よるものですか	はい . いいえ	この欄に記入できない 場合は別紙に	(何のために、何をしているとき) 不明
	⑨病気や負傷で 療養の為休んだ期間	令和 2 年 2 月 20 日 から 55 令和 2 年 4 月 15 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 障害手当金 を受給 していない 老齢年金 請求中	受給して いる時	年金証書の 記号番号 傷病名 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)	京都 銀行 信用金庫 本店 支店	普通 貯蓄 当座	口座番号 1 2 3 4 5 6 7 口座名義人 カナ キョウセラ タロウ 京瀬良 太郎

任 意 継 続 者 ・ 資 格 喪 失 者 (退 職 者) 記 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】	証の写しを請求書に 添付して下さい に確認させていただ きます
	<input type="checkbox"/> 受給中	<input checked="" type="checkbox"/> 受給済	
	<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 _____ 信用金庫 _____	受付印
	令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日 請求者氏名 _____	

記号 - 番号	1 - 12345	被保険者氏名	京瀬良 太郎								
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]	2年 2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 9日							
		2年 3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 31日							
		2年 4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 15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	円	日	日	日	日	日	日	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)	350,100	円	2月 16日	~	3月 15日	3月(日)分	⑳ 給与締切日	毎月	日
		通勤手当	2,150	円	2月 16日	~	3月 15日	3月(日)分	㉑ 支払日	毎月	日
		手当		円	月 日	~	月 日	月(日)分			日
		手当		円	月 日	~	月 日	月(日)分			日
				円	月 日	~	月 日	月(日)分			日
自社株奨励金		100×2ヵ月	円	2月 16日	~	4月 15日	3・4月(日)分			日	
懇親会費		300×2ヵ月	円	2月 16日	~	4月 15日	3・4月(日)分			日	
現物(衣・食・住)		円	月 日	~	月 日	月(日)分			日		
< 事業主意見欄 > 4月 16日 から 【 休職・慣らし・復職・再休職・退職 】											
⑳ 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 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。
○一ヵ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	㉑ 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
	㉒ 発病又は負傷の年月日					
	㉓ 上記疾病により労務不能と認められた期間	中数	日			
	㉔ 上記のうち入院期間	別	健保・公費 自費・その他			
	㉕ 上記期間中における「主たる症状及び経過・療指等、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ア.人工肛門 イ.人工	キ.その他()				
	㉖ 欄最終日時の転帰	繰越・治ゆ・中止・転医・死亡(月 日)				
	㉗ 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。
○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。
○保険医欄の訂正箇所には医師証明の印を押印して下さい。