

この欄は記入しないで下さい

支給決定伺				常務理事	事務長	担当
支給額	円	支給期間	自 年 月 日 至 年 月 日	決定	年 月 日	
支給基礎	標準報酬月額(平均)	千円	法108条調整	取得	年 月 日	
	法99条	標準報酬日額	円	喪失	年 月 日	
	支給開始	年 月 日		前回支給期間	自 年 月 日 至 年 月 日	

傷病手当金請求書 (第 回)

○傷病手当金は給料にかかわるものですから一ヶ月ごとに請求して下さい

被保険者	被保険者証記号番号	記号	第 号	なまえ 氏名 住所
	事業所の名称	被保険者の標準報酬月額		千円
被保険者	被保険者資格を取得した年月日	年 月 日	被保険者の業務の種別	
	発病又は負傷の年月日	年 月 日	傷病名	
被保険者	発病の状態又は負傷の原因を詳しく			
	疾病又は負傷のため療養をうけた期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間	
記入する	上に書いた期間の分の報酬を受けましたか又は受けられますか	受けた・受けない・受けられる・受けられない		
	報酬支払を受けた時又は受けられる時は、その報酬額とその報酬額支払の基礎となった(なる)期間	年 月 日から 年 月 日まで	の分として 円	
記入する	障害年金・障害手当金を受けましたか又は申請しましたか	受けた・受けない・申請する・申請しない		
	障害年金を受け取る時	年金の種別	障害年金・障害手当金	年金額 円
記入する	年金を受け取った年月日	年 月 日	障害年金を受けている場合は障害年金証書の記号番号	年金の支給事由となった傷病名
	任意継続被保険者の方	老齢又は退職を事由とする公的年金を受給していますか	はい・請求中・いいえ	
記入する	老齢(退職)年金の名称	基礎年金番号及び年金コード又は記号番号	受給年月日	年金額 円
	喪失被保険者の方	年 月 日	年 月 日	円
記入する	年金の合計額			円
	労災保険から休業補償給付を受けていますか。(又は、過去に受けたことがありますか。)			はい・労災請求中・いいえ
上記で「はい」または「労災請求中」と答えた場合、支給元(請求先)の労働基準監督署をご記入ください。			労働基準監督署	

○被保険者の資格を喪失した後の期間にかかるときの事業主証明はかかりません

事業主が証明するところ	労務に服さなかった期間	欠勤は○で、有給は△で、早退は早で、公休は公で、それぞれ表示して下さい。																
	年月日から年月日まで日間	年月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	職場復帰
			16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
	年月日から年月日まで日間	年月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	2. 復帰しない
			16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
	支払の方法	日締切 当月翌月 日支払																
	賃金形態	月給・日給・日給月給・その他()																
	上記の期間中の報酬関係	全額支給した場合 又は支給する場合	年	月	日から	の分	円(日額	円)										
		一部支給した場合 又は支給する場合	年	月	日から	の分	円(日額	円)										
		現在まで支給したのか 又は将来支給するのか	支給した・支給していない・支給する・支給しない															
上記のとおり相違ないことを証明します。																		
年 月 日																		
事業主 住所 氏名																		

療養を担当した医師が意見をかくところ	傷病名 (主病を○で囲んで下さい)																
	発病又は負傷の年月日	年	月	日	発病は負傷の原因												
	療養の給付を開始した年月日	年	月	日													
	労務不能と認めた期間	年	月	日から	日間	左の期間中の診療実日数	日										
	上の期間中に入院した場合はその期間	年	月	日から	日間	入院の費用の別	健保・公費 自費・その他										
	人工臓器等の有・無	人工骨頭・人工関節・心臓ペースメーカー・人工弁・人工肛門・人工膀胱・尿路変更術・人工透析療法				装着・開始	年	月	日								
	傷病の主状態おもな経過概要 労務不能と認めた傷病の症状経過をわかりやすく記入して下さい。																
	うえのとおり相違ありません。 年 月 日																
	住所(所在地) 医師 医療機関名 氏 名 電話 - - 番																