

種別	支給期間	日数	傷病	昭平令	年 月 日 取得	自 . .
2112	. .	. .		昭平令	年 月 日 喪失	至 . .

## 傷病手当金 支給申請書 (第 回) ① 【申請者(被保険者)記入】

申請書は①～④ページです。

被保険者情報	被保険者証 記号	番号	事業所名				
	被保険者氏名		生年月日	昭平	年 月 日		
	住所		〒 -				
		電話番号(日中の連絡先) ( ) -					
振込先口座	金融機関名称	銀行 金庫 信組	本店 支店 出張所	店番			
	口座種別	普通 . 当座		口座番号			
	口座名義	↓カタカナで記入してください。			口座名義の区分	<input type="checkbox"/>	1 被保険者 2 代理人



「2」の場合は下記受取代理人の欄も記入してください。自署の場合は押印不要です。

受取代理人の欄	被保険者	本申請に基づく給付金に関する受領を下記代理人に委任します。				
	代理人 (口座名義人)	住所	〒 -	氏名	令和 年 月 日	被保険者との関係
		氏名		TEL ( ) -		

被保険者記入は2ページに続きます。⇒  
1/4

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は下記へ記載してください。  
マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人を確認するための添付書類が必要です。

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用する場合は右の口にチェックしてください。□公金受取口座を利用します。

受付印

# 傷病手当金 支給申請書

## ② 【申請者(被保険者)記入】

申請内容	被保険者氏名						
	①傷病名 1つの記入欄に複数の傷病名を記入しないでください。	1)	②発病又は負傷 年月日	平令	年	月	日
		2)		平令	年	月	日
		3)		平令	年	月	日
	③該当の傷病は病気(疾病)ですか、ケガですか。	発病時の状況					
		1. 病気	[ ]				
	2. ケガ	→ 別途、負傷届を記入し添付ください。(初回のみ)					
④療養のため休んだ期間(申請期間)	令和	年	月	日から	日数	日間	
上記の期間中、出勤した期間	令和	年	月	日から	日数	日間	
⑤あなたの仕事の内容(具体的に) (退職後に申請の場合は退職前の仕事の内容)							

確認事項	①上記の療養のため休んだ期間(申請期間)に報酬を受けましたか。	1. はい 2. いいえ				
	「はい」と答えた場合その報酬の額と対象となった期間をご記入ください。	令和	年	月	日から	報酬額
		令和	年	月	日まで	円
	②「障害厚生年金」または「障害手当金」を受給していますか。受給している場合、どちらを受給していますか。	1. はい → 1. 障害厚生年金 2. 障害手当金 はいの場合、年金額のわかる通知書等を添付してください。				
		2. 請求中				
		3. いいえ				
	「はい」と答えた場合は、受給の要因となった(なる)傷病名・基礎年金番号等をご記入ください。	傷病名				
	「請求中」と答えた場合は、傷病名・基礎年金番号のみご記入ください。	基礎年金番号			年金コード	
		支給開始年月日	平・令	年	月	日
		年金額	円			
③老齢または退職を事由とする公的年金を受給していますか。(在職中の方の記入は不要です)	1. はい → はいの場合、年金額のわかる通知書等を添付してください。					
	2. 請求中					
	3. いいえ					
「はい」と答えた場合は、基礎年金番号等をご記入ください。	基礎年金番号			年金コード		
「請求中」と答えた場合は、基礎年金番号のみご記入ください。	支給開始年月日	平・令	年	月	日	
	年金額	円				
④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。)	1. はい → はいの場合、金額のわかる通知書等を添付してください。					
	2. 労災請求中					
	3. いいえ					
「はい」または「労災請求中」と答えた場合は、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					

事業主記入は3ページに続きます。⇒  
2/4

# 傷病手当金 支給申請書 ③ 【事業主記入】 申請期間すべてが退職後の場合は不要です。

被保険者氏名							
勤務状況及び賃金支払状況をご記入し下記期間の賃金台帳（写）・出勤簿（写）を添付してください。							
労務に服さなかった期間	令和 年 月 日 から	ただし(具体的な日付を記入してください)			職場復帰しましたか		
	令和 年 月 日 まで	は出勤	は有給	ア. 欠勤中（証明日現在） イ. 月 日から出勤 ウ. 月 日付で退職			
上記の期間に対して、賃金を支給しましたか。	<input type="checkbox"/> はい	給与の種類	<input type="checkbox"/> 月給	<input type="checkbox"/> 時間給	賃金計算	締日	日
	<input type="checkbox"/> いいえ		<input type="checkbox"/> 日給月給	<input type="checkbox"/> 歩合給		支払日	当月 日
上記の期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況をご記入ください。							
事業主が証明するところ 支給した賃金内訳	期間	単価	月分	月分	月分		
	区分		支給額	支給額	支給額		
	基本給	円	円	円	円		
	通勤手当	( 月 / ~ / ) 円	円	円	円		
	手当	円	円	円	円		
	手当	円	円	円	円		
	手当	円	円	円	円		
計		円	円	円			
賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)について、ご記入ください。							
担当者氏名							
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日							
事業所所在地 事業所名称 事業主氏名  TEL ( ) -							

療養担当者記入は4ページに続きます。⇒  
3/4

# 傷病手当金 支給申請書

④ 【療養担当者記入】

患者氏名																																	
傷病名	1)											初診日 (療養の給付開始年月日)	平	年	月	日																	
	2)												平	年	月	日																	
	3)												平	年	月	日																	
発病または負傷の年月日	平・令	年	月	日	<input type="checkbox"/> 発病 <input type="checkbox"/> 負傷																												
労務不能と認められた期間	令和	年	月	日	から	日間	発病または負傷の原因																										
	令和	年	月	日	まで																												
うち入院期間	令和	年	月	日	から	日間 入院	転帰	<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止																									
	令和	年	月	日	まで			<input type="checkbox"/> 繰越 <input type="checkbox"/> 転医																									
診療実日数(入院期間を含む)	診療日及び入院していた日を○で囲んでください。	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																														
		日	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																														
上記の期間中における「主たる症状および経過」「治療内容・検査結果・療養指導内容」等を詳しく記入ください。														手術年月日		令和	年	月	日														
														退院年月日		令和	年	月	日														
症状経過から見て従来の職種について労務不能と認められた医学的な所見について記入ください。																																	
人工透析を実施または人工臓器を装着したとき	人工透析の実施または人工臓器を装着した日			人工臓器等の種類	<input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工関節																												
	平・令	年	月		日	<input type="checkbox"/> 人工骨頭 <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー																											
					<input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> その他( )																												
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 医療機関の名称 医師の氏名														TEL ( ) -																			

療養担当者が意見を記入するところ