

傷病手当金請求書① (第 回)

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者証の 記号・番号	記号	番号	事業所名	業務内容										
	資格取得年月日	年	月	日	氏名(請求者)										
	病气やけがの為 仕事を休んだ期間 (請求期間)	令和 5年 4月 1日(土) から 令和 5年 4月 30日(日) まで (30) 日間													
	就労状況 <small>(欠勤は黒○・有給は赤○・会社休日は斜線/で表示)</small>	<p>下記の場合、別途「傷病手当金請求に係る体調報告書」を提出してください。</p> <p>①初めての請求において、請求開始日(当該傷病が理由で3日間連続して休んだ最初の日)が会社休日の場合 例：待期間 4月1日(土)・2日(日)・3日(月)のうち、4月1日(土)について体調の詳細をご回答ください。</p> <p>②請求期間の末日が会社休日で、翌日から復職する場合 例：4月30日(日)まで休職し、5月1日(月)より復職する場合、4月29日(土)・30日(日)について体調の詳細をご回答ください。</p> <p>③会社休日付けで退職する場合 例：4月30日(日)付けで会社を退職する場合、4月29日(土)・30日(日)について体調の詳細をご回答ください。</p> <p>④請求期間の中で、出勤と欠勤に挟まれた会社休日がある場合 例：4月14日(金)出勤、15日(土)・16日(日)会社休日、17日(月)欠勤の場合、4月15日(土)・16日(日)について体調の詳細をご回答ください。</p>													
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
銀行口座 被保険者	(フリガナ)		口座名義			銀行 金庫 農協	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金口座を利用し(注)口座情報の反映には登録から数日を要します。 ・被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です。 ・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をす 被保険者のマイナンバー記入欄								
療 養 を 担 当 し た 医 師 が 証 明 す る 欄	傷病名	発病又は			療養開										
	労務不能と 認められた期間	年	月	日から	年	月	日まで	期間中の							
	傷病の主症状及び経過状況(労務不能期間における症状、療養手術をした場合は名称と年月日など、できるだけ詳しく記入して)							年 月 日 医療機関 所在地 名称 医師氏名 電話番号							
	今後、労務不能と認められる期間及び意見														
※ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入ください。															
健 康 保 険 組 合 処 理 欄	支給額	円	支給日	年	月	日	常務理事	担当	確認	確認					
	支給期間	年	月	日から	年	月	日	支給開始日	年	月	日				
	不支給期間と その理由	年	月	日から	年	月	日	前回始め	年	月	日				
		年	月	日まで	年	月	日	前回終了	年	月	日				
	支給額計算	円 × $\frac{2}{3}$ × 日間 = 円					<input type="checkbox"/> 事業主証明用に記入 標準報酬月額 千円 受付日付印								

請求時には、傷病手当金請求書②(事業主証明用)を同時にご提出ください。(任意継続被保険者、資格喪失後の給付の場合は提出不要)