

# 傷病手当金請求書① (第 回)

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者等 記号・番号	記号	番号	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください。 □□□□□□□□□□□□□□				
	資格取得年月日	年 月 日		事業所名	業務内容			
	氏名(請求者)				住所	〒 -		
	病气やけがの為 仕事を休んだ期間 (請求期間)	年 月 日から 年 月 日まで	( ) 日間		連絡先	( ) -		
	傷病名				生年月日	年 月 日生		
発病または 負傷の原因	(いつ) 年 月 日( 曜日) 午前 午後 時頃			第三者行為によるものですか 1. はい 2. いいえ				
	(どこで) 自宅・職場・通勤中 その他( )			「1.はい」の場合は「第三者行為による傷病届」を添付 老齢・退職を事由とする公的年金の受給はありますか (例:老齢厚生年金) 1. ある 2. ない 3. 手続中				
	(何をしていた・どうした)			障害厚生年金・障害手当金の受給はありますか 1. ある 2. ない 3. 手続中				
銀被 行保 険座 者	銀行 金庫 農協		本店 支店 出張所		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. ある 2. ない 3. 手続中( 労働基準監督署)			
	普通	口座番号	(フリガナ)		口座名義			
	□マイナポータル等で事前登録した公金口座を利用します。(利用する場合は□にチェック、利用しない場合は上記の欄を記入。) 注)口座情報の反映には登録から数日を要します。							

療 養 を 担 当 し た 医 師 が 証 明 す る 欄	傷病名	発病又は負傷の日	年 月 日	発病又は 負傷の原因		
	労務不能と 認められた期間	年 月 日から 年 月 日まで	療養開始年月日	年 月 日	区 別	業務上・業務外
			期間中の診療実日数	日	左記期間中 の入院期間	年 月 日から 年 月 日まで
	傷病の主症状及び経過状況 (労務不能期間における症状、療養指導、 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ください)			転 帰	治癒・継続・中止・転医	
	今後、労務不能と認められる期間及び意見			この欄に記入したことは、事実と相違ない事を証明します。 年 月 日 医療機関 所在地 名 称 医師氏名 電話番号		
※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	事務長	担当	確認
	支給期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間	支給開始日	年 月 日			
				支給満了日	年 月 日			
	不支給期間と その理由	年 月 日から 年 月 日まで	日間	前回始め	年 月 日	資格取得	年 月 日	
		( )		前回終了	年 月 日	資格喪失	年 月 日	
支給額計算	円 × $\frac{2}{3}$ × 日間 = 円			標準報酬月額 千円				
					□ 事業主証明用に記入 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)