

支給決定 伺		支給決定額	¥	資格取得日	年 月 日
常務理事	事務長	担当		資格喪失日	年 月 日
			傷病手当金 ¥	標準報酬	千円(日額) (円)
					(円)
				前回支給	年 月 日 日間
決定年月日	年 月 日	支給期間	年 月 日 日間	支払年月日	年 月 日

**初回の傷病手当金請求書の《記入例》**

外傷性疾病(骨折等)の場合は原因を詳しく記入

分からない場合は不詳と記入

**傷病手当金(付加金)請求書 (第 1 回)**

被保険者が記入するところ	被保険者の記号・番号	46	社員番号	5555	事業所の名称	日本新薬株式会社	
	傷病名	頭部裂傷及び右大腿部骨折		発病又は負傷年月日(療養開始日)	令和 1 年 10 月 2 日		
	発病又は負傷の原因を詳しく	自宅の階段で足を踏みはずして転倒したため			第三者行為によるものですか	<input type="radio"/> いいえ <input type="radio"/> はい	
	傷病又は負傷の療養をするため休んだ期間	※1 令和 1 年 10 月 2 日から 令和 2 年 1 月 31 日まで		122 日間	病欠欠勤した日より今月末まで又は休んだ最終日までの期間を記入		
	上記期間中に報酬を受けましたか、又は受けられますか	<input checked="" type="radio"/> 受けた	<input type="checkbox"/> 受けられる	報酬を受けた(受けられる)ときはその期間	自 1 年 10 月 2 日	至 2 年 1 月 1 日	92 日分
	障害厚生年金又は障害手当金を受給していますか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ		障害厚生年金又は障害手当金の受給の原因となった傷病名	基礎年金番号		
	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	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ		年金額	円		
	上記のとおり請求致します。				〒 604 - 8832		
	令和 2 年 2 月 10 日				住所 京都市中京区壬生下溝町15		
					被保険者 氏名 新薬太郎 (印)		

必ず上記休んだ期間※1

上記期間中、会社から給料が支給された期間を記入

療養を医師が担当した意見を書くところ	傷病名	頭部裂傷及び右大腿部骨折	発病又は負傷の年月日	令和 1 年 10 月 2 日	
	発病又は負傷の原因	自宅の階段で転倒のため	療養の給付を開始した年月日	令和 1 年 10 月 2 日	
	労務不能と認められた期間	令和 1 年 10 月 2 日から 令和 2 年 1 月 31 日まで	122 日間	左記期間中の診療実日数	38 日
	傷病の主状態および経過概要	10月2日より10月30日まで入院。現在リハビリのため通院加療中。現在も歩行困難のため就業不能です。			
	上記のとおり相違ありません。 令和 2 年 2 月 5 日 医療機関所在地 京都市中京区三条通川原町100 医療機関名 京都病院 Tel ( 075 ) 765 - 4321 医師の氏名 京都一夫 (印)				

印

事業主が証明する欄	労務に服さなかった期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間	左記期間中の報酬について	支給する支給しない
	上記期間中の分として、報酬を全額又は一部支給した場合は支給する場合	全額支給の場合	年 月 日から 年 月 日まで	日分	円 ( 月 日支給)
	一部支給の場合	年 月 日から 年 月 日まで	日分	円 ( 月 日支給)	
	上記のとおり相違ないことを証明致します。 年 月 <span style="border: 2px solid red; padding: 5px; display: inline-block; font-weight: bold;">記入不要</span> 事業所名称 事業主氏名 (印)				

委任欄	本請求に基づく給付金の受領を_____に委任致します。 年 月 日 被保険者氏名 (印)	受付印
-----	--	-----

支給決定何	支給額	¥	資格取得日	年	月	日
常務理事	事務長	担当	資格喪失日	年	月	日
<b>2回目以降の傷病手当金請求書の《記入例》</b>						(円)
支給開始	年	月	日	前回支給	年	月
支給期間	年	月	日	日間	年	月
決定年月日	年	月	日	支払年月日	年	月

外傷性疾病(骨折等)の場合は原因を詳しく記入

## 傷病手当金(付加金)請求書 (第2回)

分からない場合は不詳と記入

被保険者が記入するところ	被保険者証の記号・番号	46	5555	社員番号	事業所の名称	日本新薬株式会社
	傷病名	頭部裂傷及び右大腿部骨折			発病又は負傷年月日(療養開始日)	令和 1 年 10 月 2 日
	発病又は負傷の原因を詳しく	自宅の階段で足を踏みはずして転倒したため			第三者行為によるものですか	<input checked="" type="radio"/> いいえ <input type="radio"/> はい
	傷病又は負傷の療養をするため休んだ期間	※1 令和 2 年 2 月 1 日から 令和 2 年 2 月 28 日まで			28 日間	第1回請求最終日の翌日より 今月末まで又は休んだ最終日 までの期間を記入
	上記期間中に報酬を受けましたか、又は受けられますか	<input checked="" type="radio"/> 受けない	<input type="checkbox"/> 受けた	<input type="checkbox"/> 受けられる	報酬を受けた(受けられる)ときはその期間	自 年 月 日 至 年 月 日
	障害厚生年金又は障害手当金を受給していますか	<input checked="" type="radio"/> いいえ <input type="checkbox"/> 請求中 <input type="checkbox"/> はい	障害厚生年金又は障害手当金の受給の原因となった傷病名		基礎年金番号	
	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	<input checked="" type="radio"/> いいえ <input type="checkbox"/> 請求中 <input type="checkbox"/> はい	年金額	円	※年金を受給している場合の添付書類 (1)年金証書の写し (2)直近の年金額改定通知書の写し	
	上記のとおり請求致します。 令和 2 年 3 月 10 日					
	住所 京都市中京区壬生下溝町15 被保険者 氏名 新薬太郎 (印) 〒(075) 123 - 4567 日本新薬健康保険組合理事長 殿 (自署の場合は押印不要)					

必ず上記休んだ期間※1

療養を医師が担当した意見を書くところ	傷病名	頭部裂傷及び右大腿部骨折	発病又は負傷の年月日	令和 1 年 10 月 2 日	
	発病又は負傷の原因	自宅の階段で転倒のため	療養の給付を開始した年月日	令和 1 年 10 月 2 日	
	労務不能と認められた期間	令和 2 年 2 月 1 日から 令和 2 年 2 月 28 日まで	28 日間	左記期間中の診療実日数	3 日
	傷病の主状態および経過概要	現在リハビリのため通院加療中。現在も歩行困難のため就業不能です。			
上記のとおり相違ありません。 令和 2 年 3 月 5 日					
医療機関所在地 京都市中京区三条通川原町100 医療機関名 京都病院 〒(075) 765 - 4321 (印) 医師の氏名 京都一夫 (印)					

事業主が証明する欄	労務に服さなかった期間	年	月	日から	年	月	日まで	日間	左記期間中の報酬について	支給する支給しない
	上記期間中の分として、報酬を全額又は一部支給した場合は支給する場合	全額支給の場合	年	月	日から	年	月	日まで	日分	円 ( 月 日支給)
		一部支給の場合	年	月	日から	年	月	日まで	日分	円 ( 月 日支給)
	上記のとおり相違ないことを証明致します。 年 月 日 <b>記入不要</b> 事業所名称 事業主氏名 (印)									

委任欄	本請求に基づく給付金の受領を	_____に委任致します。	受付印
	年 月 日	被保険者氏名	(印)