

書類一式をホッチキス止めしてください

常務理事	事務長	課長	担当	支給期間： 日間 (内 日間)	在籍者・喪失者	受付印
				自) 年 月 日 至) 年 月 日	標準報酬月額 (千円)	
					月 月 月 月 月 月 月 月	
支給開始日	年 月 日		支給調整日額	交通費		
支給決定日	年 月 日			前払退職金		
全部・一部・不支給					@ (調整前)	
支給決定額	¥			合計	@ (調整後)	

傷病手当金支給申請書 (第 回)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の記号番号	記号	番号	被保険者の氏名					
	被保険者の現住所	〒							
	被保険者の電話番号			生年月日	S・H・R	年	月	日	
	事業所名称			被保険者の仕事の内容 (具体的に)					
	資格取得日	S・H・R	年	月	日	資格喪失日	R	年 月 日	
	傷病名			発病又は負傷の年月日	S・H・R	年	月	日	
	療養のために休んだ期間 (請求期間)	H・R	年	月	日	から	H・R	年 月 日 まで 計 日間	
	請求期間中の療養状況	請求期間中の病状及び日常生活の状況を詳しく記入してください 医師からの治療に関する指示内容							
	「障害厚生年金」または「障害手当金」を受給していますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 請求中 ※「はい」または「請求中」の場合、以下を記入の上、年金証書 (写)・年金振込通知書 (写) の添付要 該当するものにチェックをしてください <input type="checkbox"/> 障害厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害手当金							
	「障害厚生年金」または「障害手当金」を受給していますか	支給開始年月日	S・H・R	年	月	日	基礎年金番号	年金コード	年金額
労災保険から休業補償給付を受給していますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 労災申請中 ※「はい」または「労災申請中」の場合請求先： 労働基準監督署								
第三者による負傷ですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ※「はい」の場合、請求書送付前に健保へ連絡の上、「第三者行為による傷病届」の添付要								
老齢または退職を事由とする公的年金を受給しているとき (資格喪失者のみ)	傷病名			基礎年金番号			年金コード	年金額	円
振込先	銀行名			普通・当座	口座番号				
	支店名			口座名義 (カタカナ)					
本請求は事業主経由であることに同意した上で請求します。 ワールド健康保険組合理事長 殿 氏 名									
令和 年 月 日									

受 取 代 理 人 の 欄	本請求に基づく給付金の受領を下記の代理人に委任します。 被保険者 (請求者) 住所 氏名 令和 年 月 日									
	代理人の住所	〒								
	代理人の氏名							被保険者と代理人との関係		
	振込先	銀行名			普通・当座	口座番号				
	支店名			口座名義 (カタカナ)						

※訂正箇所については、二重線で抹消し正しくご記入の上、訂正をした者の署名をしてください。(訂正印可)

被保険者氏名														2枚目										
事業主が証明する欄	労務に服さなかった期間		令和 年 月 日から						日間						給与の種類		<input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 時給		賃金計算		締日		日	
			令和 年 月 日まで																		<input type="checkbox"/> 当月 <input type="checkbox"/> 翌月		日	
	職場復帰について		<input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> 復帰済 (令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> 復帰予定 (令和 年 月 日)																					
	勤務状況 (出勤: ○ 有給: △ 公休: 公 欠勤: / でそれぞれ記入してください)																				出勤		有給	
	年 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																		日		日	
	年 月		28 29 30 31																		日		日	
	年 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																		日		日	
	年 月		28 29 30 31																		日		日	
	上記の期間に対して、賃金を支給しました (します) か																				<input type="checkbox"/> はい → 下記に内訳を記入してください <input type="checkbox"/> いいえ			
	上記の期間に対して、報酬の全部または一部を支給した (する) 場合						日間				全額・一部※				<small>※一部るとき</small> 円 (月 日分) <small>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</small>									
						日間				全額・一部※														
		交通費				日間				円				<input type="checkbox"/> 前払 (月に1・3・6ヶ月分支給済) <input type="checkbox"/> 実費 <input type="checkbox"/> 精算有 (月分を 月精算) <input type="checkbox"/> 欠勤控除なし										
		前払退職金				日間				円				(~ 月分)										
上記のとおり相違ないことを証明します。																				令和 年 月 日		担当者名		
事業所所在地																								
事業所名称																								
事業主氏名																								

※対象期間にかかる賃金台帳ならびに出勤簿の写しを添付してください。(1回目必須・2回目以降でも賃金を支給したときは必ず添付してください)

療養を担当した医師が意見を記入するところ	傷病名														初診日 (療養の給付開始年月日)		年 月 日				
	発病又は負傷の原因														発病又は負傷の年月日		年 月 日				
	労務不能と認めた期間		令和 年 月 日から						令和 年 月 日まで						日間						
	入院期間		令和 年 月 日から						令和 年 月 日まで						日間						
	診療 実日数		年 月		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17																
	日		年 月		18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31																
			年 月		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17																
			年 月		18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31																
			年 月		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17																
			年 月		18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31																
・上記期間中における「主たる症状及び経過」「治療内容、検査結果、投薬の有無、通院指導の有無」等 (できるだけ詳しくご記入ください。) ・症状経過からみ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																					
												労務可能見込年月日		令和 年 月 日							
上記のとおり相違ありません。																				令和 年 月 日	
医療機関所在地																					
医療機関名称																					
医師の氏名																					

※医療機関等の名称はゴム印 (スタンプ可能) を使用してください。

※記入内容を訂正される場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と医師の署名 (フルネーム) および訂正日をご記入ください。

記入例

※A4サイズ・片面ずつ印刷してください。

1枚目

書類一式をホッチキス止めしてください

常務理事	事務長	課長	担当	支給期間： 日間（内 日間）	在籍者・喪失者	受付印
				自) 年 月 日 至) 年 月 日	標準報酬月額（千円） 月 月 月 月 月 月 月 月 月 月	
支給開始日	年 月 日	支給調整日額	交通費			
支給決定日	年 月 日		前払退職金			
全部・一部・不支給			合計		@ (調整前)	
支給決定額	¥				@ (調整後)	

傷病手当金支給申請書 (第1回)

被保険者証の記号番号	記号 1 2	番号 4 5 6 7 8	被保険者の氏名	健保 太郎
被保険者の現住所	〒123-4567 神戸市中央区港島中町0丁目0番0			
被保険者の電話番号	090-1234-5678	生年月日	S・H・R 1年 2月 3日	
事業所名称	(株) ワールド〇〇		被保険者の仕事の内容 (具体的に)	
資格取得日	S・H・R 22年 2月 2日	資格喪失日	R 年 月 日	
傷病名	左足骨折		発病又は負傷の年月日	S・H・R 2年 3月 4日
療養のために休んだ期間 (請求期間)	※1 2年 3月 5日 から H・R 2年 3月 3日 まで 計 27 日間			
請求期間中の療養状況	※2 請求期間中の病状及び日常生活の状況を詳しく記入してください 痛みがあり歩けない。外出できず、自宅で安静にしている。 無理をせずに自宅で安静にするように。週に一度はリハビリのために通院するように。			
「障害厚生年金」または「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 <input type="checkbox"/> 請求中 ※「はい」または「請求中」の場合、以下を記入の上、年金証書（写）・年金振込通知書（写）・傷病名記載書類の添付要 該当するものにチェックをしてください <input type="checkbox"/> 障害厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害手当金 傷病名			
支給開始年月日	S・H・R 年 月 日	基礎年金番号	年金コード	年金額 円
労災保険から休業補償給付を受給していますか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 労災申請中 ※「はい」または「労災申請中」の場合請求先： 労働基準監督署			
第三者による負傷ですか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ ※「はい」の場合、請求書送付前に健保へ連絡の上、「第三者行為による傷病届」の添付要			
老齢または退職を事由とする公的年金を受給しているとき (資格喪失者のみ)	傷病名	基礎年金番号	年金コード	年金額 円
振込先	銀行名	兵庫	普通・当座	口座番号 1234567
	支店名	神戸	口座名義 (カタカナ)	ケンボ タロウ
本請求は事業主経由であることに同意した上で請求します。				
ワールド健康保険組合理事長 殿			令和 2年 4月 3日	
氏名 健保 太郎				

受取代理人の欄	本請求に基づく給付金の受領を下記の代理人に委任します。			
	被保険者（請求者）住所氏名			令和 年 月 日
	代理人の住所	〒		
	代理人の氏名	被保険者と代理人との関係		
振込先	銀行名	普通・当座	口座番号	
	支店名	口座名義 (カタカナ)		

※訂正箇所については、二重線で抹消し正しくご記入の上、訂正をした者の署名をしてください。（訂正印可）

記入例

健保 太郎

2枚目

労務に服さなかった期間 ※1 年 月 日から 年 月 日まで 令和 年 月 日まで		期間 給与の種類 <input checked="" type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 時給	賃金計算 締日 日	
職場復帰について <input type="checkbox"/> 未定 <input checked="" type="checkbox"/> 復帰済 (令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> 復帰予定 (令和 年 月 日)		支払日 <input type="checkbox"/> 当月 <input checked="" type="checkbox"/> 翌月		
勤務状況 (出勤: ○ 有給: △ 公休: □ 欠勤: / でそれぞれ記入してください)				
2年 3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	出勤	有給	
年 月	1 2 3 4 5 6 7 28 29 30 31	26 27	日	
年 月	1 2 3 4 5 6 7 28 29 30 31	26 27	日	
上記の期間に対して、賃金を支給しました (します) か <input checked="" type="checkbox"/> はい → 下記に内訳を記入してください <input type="checkbox"/> いいえ		※一部のとき 円 (月 日分) 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		
事業主が証明する欄 上記の期間に対して、報酬の全部または一部を支給した (する) 場合	有給 2年3月5日~2年3月7日 3日間 <input checked="" type="checkbox"/> 全額・一部※	全額・一部※		
	交通費 2年3月5日~2年3月31日 日間	円 <input checked="" type="checkbox"/> 前払 (12月に1・3ヶ月分支給済) <input type="checkbox"/> 実費 <input type="checkbox"/> 精算有 (月分を 月精算) <input checked="" type="checkbox"/> 欠勤控除なし	日間	
	前払退職金 2年3月5日~2年3月31日 日間	円 (~ 月分)	日間	
	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 担当者名 ○○			
事業所所在地 兵庫県神戸市中央区○○-○○ 事業所名称 株式会社ワールド○○ 事業主氏名 ○○ ○○				

※対象期間にかかる賃金台帳ならびに出勤簿の写しを添付してください。(1回目必須・2回目以降でも賃金を支給したときは必ず添付してください)

傷病名 左足関節骨折	初診日 2年 3月 5日
発病又は負傷の原因 自宅にて	2年 3月 5日
労務不能と認められた期間 ※1	27 日間
入院期間	日間
診療実日数 4日	2年 3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
・上記期間中における「主たる症状及び経過」「治療内容、検査結果、投薬の有無、通院指導の有無」等 (できるだけ詳しくご記入ください。)	
左足関節を骨折し、3/5初診。ギプス装着により固定。固定するまで安静とし、固定後週1回程度のリハビリが必要。	
・症状経過からみ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	
骨折した部位が固定するまで安静が必要で、固定後もリハビリが必要であった。また、職種 (店頭販売業務) より、上記期間について労務不能と判断した。	
労務可能見込年月日 令和 2年 4月 1日	
上記のとおり相違ありません。 令和 2年 3月 31日	
医療機関所在地 兵庫県神戸市灘区○○-○○ 医療機関名称 ○○総合病院 医師の氏名 ○○ ○○	

※医療機関等の名称はゴム印 (スタンプ可能) を使用してください。

※記入内容を訂正される場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と医師の署名 (フルネーム) および訂正日をご記入ください。