

傷病手当金・傷病手当金付加金請求書(第 1 回目)

被 保 険 者 (請 求 者) が 記 入 す る と こ ろ	被 保 険 者 の 記 号 ・ 番 号	11	-	1234	事業所の名称	新明和工業株式会社													
	被 保 険 者 の 氏 名	新明和 太郎				被 保 険 者 の 業 務 の 種 別	☒ 事務 ☐ 技術 ☐ 営業 ☐ 製造 ☐ 現場 ☐ サービス ☐ その他 ()												
	資 格 を 取 得 し た 年 月 日	☐ 昭和 ☒ 平成 ☐ 令和	20	年	4	月	1	日	発 病 又 は 負 傷 の 年 月 日	☐ 昭和 ☐ 平成 ☒ 令和	1	年	6	月	1	日			
	第 三 者 行 為 に よ る も の で す か	☒ いいえ ☐ はい		傷病名		〇〇〇〇〇													
	発 病 又 は 負 傷 の 原 因	・〇〇〇〇〇〇〇〇〇のため ・不詳																	
	労 務 に 服 す る こ と が 出 来 な か っ た 期 間 (労 務 不 能 期 間)	令和		年		月		日	から	令和		年		月		日	まで		日間
	上 記 労 務 不 能 期 間 に 入 院 し た と き は そ の 期 間	令和		年		月		日	から	令和		年		月		日	まで		日間
	障 害 年 金、障 害 手 当 金 を 受 け て い る と き、又 は 受 け る こ と が で き る と き	年 金 の 種 別	☐ 障害年金 ☐ 障害手当金		年 金 額				年 金 支 給 事 由 と な っ た 傷 病 名										
		年 金 を 受 け る こ と とな っ た 年 月 日	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和		年		月		日	障 害 年 金 を 受 け て い る 場 合 は 基 礎 年 金 番 号 ・ 年 金 コー ド									
	任 意 継 続 者 被 保 険 者 及 び 資 格 喪 失 者 の 方	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 ☐ はい ☐ 請求中 ☐ いいえ																	
	老 齢 (退 職) 年 金 の 名 称	基 礎 年 金 番 号 及 び 年 金 コー ド 又 は 記 号 番 号 若 し く は 番 号		受 給 年 月 日			年 金 額												
				☐ 平成 ☐ 令和			年		月		日				円				
				☐ 平成 ☐ 令和			年		月		日				円				
	年 金 の 合 計 額			円															
振 込 希 望 の 銀 行	銀 行 名				口 座	☐ 普通 ☐ 当座 ☐ 口座													
	支 店 名				退職後に申請される場合はご記入ください														
	上記のとおり申請します。 令和 1 年 7 月 10 日 被 保 険 者 (請 求 者) 住 所 兵庫県西宮市△△3-4 被 保 険 者 (請 求 者) 氏 名 新明和 太郎 (電 話 番 号 0798 - □□ - △△△△) 新明和工業健康保険組合理事長 殿																		

委 任	私は、この給付金の受領に関する権限を在籍事業所の下記給付受任者に委任する。 令和 1 年 7 月 10 日 被 保 険 者 住 所 「被 保 険 者 (請 求 者) が 記 入 す る と こ ろ」 に 同 じ 被 保 険 者 氏 名 新明和 太郎 退職後に申請される場合は不要です 代理人 事業所名 新明和工業株式会社 代理人氏名 〇〇 〇〇	決議書別紙 健保受付印
--------	--	----------------

事業主が証明するところ	被保険者の 記号・番号	11 - 1234		被保険者の氏名	新明和 太郎	
	労務に服さなかった期間	令和 1 年 6 月 1 日から 31 日間 令和 1 年 6 月 31 日まで (うち出勤 日間)				
	上記期間中に報酬(賃金)の支払いがありましたか	いいえ・はい		「はい」の場合は下記の勤務状況も記入ください		
	勤務状況	報酬の支払いがあった場合、被保険者が出勤した日(出勤)は○、出勤日以外で報酬の支払いがあった日(有給)は△で囲んでください ※(出勤)○には短時間勤務(リハビリ出勤等)も含まれますが、治療の一環で報酬の支払いがない場合は含まれません ※(有給)△とは、年次有給休暇、賃金の支払いがある病気欠勤等です				
					日数	
					(出勤)	(有給)
	6 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	日
	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	日
	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	日
	上記勤務状況において(有給)として支払った報酬(出勤)	(有給)	3	日間	の分として	金 **,*** 円
申請期間が退職後の場合は不要です		(日額 **,*** 円)				
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 事業所住所 兵庫県宝塚市新明和町1-1 事業所名 新明和工業株式会社 事業主氏名 ○○ ○○						

療養を担当した医師が意見をかくところ	患者の氏名			傷病名		
	発病又は負傷の原因					
	発病又は負傷の年月日			療養の給付を開始した年月日	昭・平・令 年 月 日	
	労務不能と認められた期間	令 年 月 日から		実日数	日間	
	上記の期間中に入院した場合はその期間					
	入院の費用の別	健保・				
	傷病の主症状および経過概要					
	病院で証明してもらってください					
	上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日 医療機関住所 医療機関名 医師名 (電話番号 - -)					

(注意) 1 傷病手当金は、被保険者が業務外の病気やけがをして医師の指示により療養のため会社を休んだとき、会社から給料等を受けない場合に支給されます。
2 障害厚生年金等を受給されている方、または任意継続被保険者・資格喪失者で老齢退職年金を受給されている方は、「年金証書の写し」と「最新の年金振込通知書の写し」を添付してください。
なお、年金額が改定されたときは、その都度、「改定通知書の写し」を添付してください。

(記入上の注意)鉛筆ではなくボールペン等でご記入ください。訂正される場合は、その箇所を二重線で抹消して訂正印を押印し、その上に正しくご記入ください。(修正液は使用しないでください。)

「傷病手当金・傷病手当金付加金請求書」事業主証明欄記入見本

(1) 年次有給休暇消化後の欠勤、給与補償期間満了後の休職開始などの場合
↓見本は第1回目の申請で、年次有給休暇消化後に賃金の支払いがなくなった場合

事業主が証明するところ	被保険者証の 記号・番号	11	-	1234	被保険者の氏名	新明和 太郎																												
	労務に服さなかった期間	令和 1 年 5 月 12 日から 20 日間 令和 1 年 5 月 31 日まで (うち出勤 日間)																																
	上記期間中に報酬(賃金)の支払いがありましたか	いいえ・はい				「はい」の場合は下記の勤務状況も記入ください																												
	勤務状況	報酬の支払いがあった場合、被保険者が出勤した日(出勤)は○、出勤日以外で報酬の支払いがあった日(有給)は△で囲んでください ※(出勤)○には短時間勤務(リハビリ出勤等)も含まれますが、治療の一環で報酬の支払いがない場合は含まれません ※(有給)△とは、年次有給休暇、賃金の支払いがある病気欠勤等です													日数																			
															(出勤)	(有給)																		
	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	31	日	3 日
	5 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	日
	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	日
	上記勤務状況において(有給)として支払った報酬について(出勤した日の報酬は除く)	(有給) 3 日間		の分として 金 **,** 円		(日額 **,** 円)																												
	上記のとおり相違ないことを証明します。 平成 年 月 日 事業所住所 兵庫県宝塚市新明和町1-1 事業所名 新明和工業株式会社 事業主氏名 ○○ ○○																																	

⇒傷病手当金は、5月12日～14日が待期3日間で、5月15日～5月31日の17日間分支給となります。

(2) 申請期間(労務不能期間)に特に出勤等がなく賃金の支払いがない場合
↓見本は第2回目の申請で賃金の支払いがなかった場合

事業主が証明するところ	被保険者証の 記号・番号	11	-	1234	被保険者の氏名	新明和 太郎																												
	労務に服さなかった期間	令和 1 年 6 月 1 日から 30 日間 令和 1 年 6 月 30 日まで (うち出勤 日間)																																
	上記期間中に報酬(賃金)の支払いがありましたか	いいえ・はい				「はい」の場合は下記の勤務状況も記入ください																												
	勤務状況	報酬の支払いがあった場合、被保険者が出勤した日(出勤)は○、出勤日以外で報酬の支払いがあった日(有給)は△で囲んでください ※(出勤)○には短時間勤務(リハビリ出勤等)も含まれますが、治療の一環で報酬の支払いがない場合は含まれません ※(有給)△とは、年次有給休暇、賃金の支払いがある病気欠勤等です													日数																			
															(出勤)	(有給)																		
	6 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	日
	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	日
	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	日
	上記勤務状況において(有給)として支払った報酬について(出勤した日の報酬は除く)	(有給) 日間		の分として 金 円		(日額 円)																												
	上記のとおり相違ないことを証明します。 平成 年 月 日 事業所住所 兵庫県宝塚市新明和町1-1 事業所名 新明和工業株式会社 事業主氏名 ○○ ○○																																	

⇒傷病手当金は、6月1日～6月30日の30日間分支給となります。

(3)間欠的な出勤・年次有給休暇を含む場合
↓見本は第1回目の申請で、待期3日間後に出勤と休みを繰り返した場合

事業主が証明するところ	被保険者証の 記号・番号	11	-	1234	被保険者の氏名	新明和 太郎																												
	労務に服さなかった期間	令和 1 年 7 月 4 日から 28 日間 令和 1 年 7 月 31 日まで (うち出勤 8 日間)																																
	上記期間中に報酬(賃金)の支払いがありましたか	いいえ・はい				「はい」の場合は下記の勤務状況も記入ください																												
	勤務状況	報酬の支払いがあった場合、被保険者が出勤した日(出勤)は○、出勤日以外で報酬の支払いがあった日(有給)は△で囲んでください ※(出勤)○には短時間勤務(リハビリ出勤等)も含まれますが、治療の一環で報酬の支払いがない場合は含まれません ※(有給)△とは、年次有給休暇、賃金の支払いがある病気欠勤等です											日 数																					
													(出勤)	(有給)																				
	7 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	8 日	8 日
	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	日
	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	日
	上記勤務状況において(有給)として支払った報酬について(出勤した日の報酬は除く)	(有給) 8 日間				の分として 金				**,***				円																				
									(日額				**,***				円)																	
こ ろ	上記のとおり相違ないことを証明します。 平成 年 月 日 事業所住所 兵庫県宝塚市新明和町1-1 事業所名 新明和工業株式会社 事業主氏名 ○○ ○○																																	

⇒傷病手当金は、7月4日～6日が待期3日間で、7月7日～31日の25日間から出勤8日間と有給8日間を差し引いた9日間分支給となります。

(4)リハビリ出勤として時給にて賃金を支払うような場合
※治療行為として賃金の支払いがない場合は出勤扱いとはなりません。
↓見本は第2回目以降の申請で、リハビリとして短時間勤務を開始し賃金を支払った場合

事業主が証明するところ	被保険者証の 記号・番号	11	-	1234	被保険者の氏名	新明和 太郎																												
	労務に服さなかった期間	令和 1 年 8 月 1 日から 31 日間 令和 1 年 8 月 31 日まで (うち出勤 12 日間)																																
	上記期間中に報酬(賃金)の支払いがありましたか	いいえ・はい				「はい」の場合は下記の勤務状況も記入ください																												
	勤務状況	報酬の支払いがあった場合、被保険者が出勤した日(出勤)は○、出勤日以外で報酬の支払いがあった日(有給)は△で囲んでください ※(出勤)○には短時間勤務(リハビリ出勤等)も含まれますが、治療の一環で報酬の支払いがない場合は含まれません ※(有給)△とは、年次有給休暇、賃金の支払いがある病気欠勤等です											日 数																					
													(出勤)	(有給)																				
	8 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	12 日	日
	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	日
	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	日
	上記勤務状況において(有給)として支払った報酬について(出勤した日の報酬は除く)	(有給)				日間				の分として 金				円																				
									(日額				円)																					
こ ろ	上記のとおり相違ないことを証明します。 平成 年 月 日 事業所住所 兵庫県宝塚市新明和町1-1 事業所名 新明和工業株式会社 事業主氏名 ○○ ○○																																	

⇒傷病手当金は、8月1日～31日の31日間から出勤12日間を差し引いた19日間分支給となります。