

傷病手当金 請求書 (年 月分)

被 保 険 者 記 入 欄	会社 事業所名		記号		番号	
	被保険者 氏 名	Ⓜ	生年月日	年 月 日 (満 歳)	業務の 種類	
	住 所	〒	電話番号		出産予定のある方は出産予定日 年 月 日	
	休業期間	自 年 月 日 至 年 月 日				
請求金額の受領を事業主に委任します。 氏 名 Ⓜ						
障害年金・障害手当金の受給 【 無・手続中・有 (対象の傷病名:) 】						
退職者の方のみご記入ください						
老齢年金の受給 【 無・手続中・有 】 雇用(失業)保険受給 【 無・延長 】 ※受給される場合は、傷病手当金は請求できません						

※初めての傷病について請求する際は、必ず「傷病手当金請求に伴う状況報告書」「同意書」を併せてご提出ください。

※上記年金を受給している場合は、「年金決定(支払)通知書」または「年金額改定通知書」の写しを併せてご提出ください。

医 師 意 見 記 入 欄	傷病名					発病又は 負傷年月日	年 月 日
	(労務不能の対象となる全ての傷病名を記入願います)					発病又は 負傷の原因	
	労務不能と 認められた期間 (うち入院期間)	自 年 月 日 日間 至 年 月 日 日間 (年 月 日 ~ 年 月 日)	左の期間 中の診療 実日数	日	就労見込 について	・ 月 日頃から 就労可能の見込み ・ 現時点では不明	
	傷病の主状態 および経過概要						
上記のとおり相違ありません							
住所(所在地) 医師 医療機関名 氏 名 Ⓜ 電 話 番 号						<お願い> ・ 証明日以前の期間を証明願います ・ 訂正箇所には訂正印を押印願います ・ 住所名称はゴム印を使用願います	

出勤は「出」、有給休暇は「有」、休日は「休」、半休は「半」、欠勤は「欠」でそれぞれ記入してください。
ただし、連続した期間は→を使用して表示してください。

	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	
月																																
月																																
上記期間中に 欠勤した日数	日		欠勤期間中に 報酬の全部又は一部を支 給した時は、その金額※				月 分 円 / 月		事業主 証明印																							

※ 出勤・有休以外で支払われる手当等がある場合に、1ヶ月あたりの金額を記入

組 合 記 入 欄	月額	千円	日額	円 ①	支給 ・ 不支給	不支給の理由					
	支払期間	年 月 日 ~ 年 月 日 日間			<算出の基礎>						
	年 月 日 ~ 年 月 日 日間	傷病手当金			① × 2/3 ×	② =	円				
	年 月 日 ~ 年 月 日 日間	傷病手当付加金			① × 0.1 ×	② =	円				
	年 月 日 ~ 年 月 日 日間	延長傷病手当金			① × 0.7 ×	② =	円				
	合計	日間 ②			① × 0.7 ×		② =	円			
	控除額 (小数点以下切捨て)	控除 (報酬)			③ ×	② =	▲	円			
	報酬	円 ÷ 30 =			円 ③	控除 (年金)		④ ×	② =	▲	円
	年金	円 ÷ 360 =			円 ④	控除 (その他)		▲		円	
	当初加入日 (退職者のみ記入)	年 月 日			既支給		年 月 日迄		<支給決定額>		
任継加入日(または資格喪失日)	年 月 日			区分		新規 ・ 継続		円			
支給開始日	年 月 日			期間満了日		年 月 日		常務理事	事務長	担当	受付
延長傷手開始日	年 月 日			備考							