

記入上の注意
⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿
この欄は記入しないでください

支給決議書	同年月日	年 月 日						常務理事	事務長	課長	担当	
	支給金額	合計						円	標準報酬月額	円	標準日額	円
		法定給付	円						取得	年 月 日	喪失	年 月 日
		付加給付	円						前期	年 月 日	満期	年 月 日
	支給期間	自	年 月 日	日	始期	年 月 日	満期	年 月 日				
		至	年 月 日	日	前期	年 月 日	から	年 月 日				
傷手日額	法定	円	法第108条控除金額	自	年 月 日	日間	円					
備考												

傷病手当金請求書 (第 回)

被保険者が記入するところ	①被保険者の記号番号	②被保険者(請求者)の氏名						③生年月日			
	④被保険者(請求者)の住所	〒 電話 ()						昭平令	年 月 日		
	⑤傷病名	⑥発病又は負傷年月日				年 月 日	⑦第三者行為によるものですか はい ・ いいえ				
	⑧発病または負傷の原因	⑨被保険者の業務の種類									
	⑩療養のため休んだ(労務に服することが出来なかった)期間	令和 年 月 日	から	令和 年 月 日	まで	日間					
	⑪⑩の期間に報酬を受けましたか、又は受けられますか	受けた・受けない 受けられる・受けられない	⑫報酬の支払を受けた(受けられる)ときはその報酬の額と、その報酬支払の基礎となった(なる)期間				令和 年 月 日	から	令和 年 月 日	まで	日間
	⑬「障害厚生年金」又は「障害手当金」を受給していますか	・いいえ ・請求中 ・はい	⑭「はい」又は「請求中」の場合、種別 ・障害厚生年金 ・障害手当金		⑮受給の原因 となった(なる)傷病名						
	⑯⑩について基礎年金番号、年金コード、支給開始年月日、年金額をご記入下さい	基礎年金番号		年金コード	支給開始年月日	年 月 日				年金額	円
	⑰⑩について基礎年金番号、年金コード、支給開始年月日、年金額をご記入下さい	基礎年金番号		年金コード	支給開始年月日	年 月 日				年金額	円
	⑱⑩について基礎年金番号、年金コード、支給開始年月日、年金額をご記入下さい	基礎年金番号		年金コード	支給開始年月日	年 月 日				年金額	円
	⑲⑩について基礎年金番号、年金コード、支給開始年月日、年金額をご記入下さい	基礎年金番号		年金コード	支給開始年月日	年 月 日				年金額	円

被保険者のマイナンバー記載欄
被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です

令和 年 月 日 提出
受付日付印
支払印

事業主が証明するところ	⑳労務に服さなかった期間(休日を含む)	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで										日間																							
	㉑勤務状況	【出勤は○】で、【有給休暇は△】で、【公休は公】で、【欠勤は/】でそれぞれ表示してください。																																	
	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	28	29	30	31	計	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	28	29	30	31	計	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	28	29	30	31	計	出勤	有給
	㉒上記期間中に対して賃金を支給しましたか	はい いいえ	㉓給与の種類		月給	日給	日給	月給	時間給	歩合給	その他	㉔賃金計算		締日	日																				
	㉕上記期間中の賃金内訳	区分	年	月	日	年	月	日	日数	支給額		日額																							
		基本給			～				日間	円		円																							
		通勤手当			～				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
事業所所在地
事業所名称
事業主氏名
電話 ()

療養を担当した医師が意見を書くところ	㉖傷病名										
	㉗発病又は負傷年月日	年 月 日	㉘療養の給付を開始した年月日	年 月 日							
	㉙発病又は負傷の原因										
	㉚労務不能と認めた期間	年 月 日	日間	㉛左記の期間中の診療実日数	日間						
	㉜㉝欄で認めた期間についての傷病の主状態、及び経過の概要 ※労務不能と認められた医学的な所見を詳しく記入して下さい。										
	㉞㉟の期間中に入院した期間がある場合はその期間	年 月 日	日間	㊱入院費用の別	健保・公費		自費・その他				
		年 月 日	日間	㊲							
	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 医療機関の名称 医師の氏名	電話 ()									

委任状
㉟本請求に基づく給付金に関する受領を次の方に委任します。
令和 年 月 日
被保険者氏名 (請求者) 印
委任された方の住所氏名 印

記入上の注意
⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿
この欄は記入しないでください