

# 傷病手当金請求について

- ※業務外のケガ（負傷）・病気による療養のために会社を休み、給料を受けられないときの生活保障として支給されます。
- ※請求期間については被保険者記入欄の請求期間①と事業主の証明（事業主記入欄）の労務に服さなかった期間②は、通常、療養担当者が労務不能と認めた期間③と同一期間になります。

## 被保険者記入欄

被保険者が記入するところ  
※この請求書は1ヶ月単位で作成し請求してください

被保険者証の記号番号	999-123	標準報酬月額	340	千円	資格取得年月日	3年4月1日			
事業所の名称	〇〇〇株式会社		会社であなががしている仕事内容(具体的に)			鋳物工			
発病又は負傷の日時	令和3年10月1日 午前6時5分	発病又は負傷の場所	自宅			出勤日ですか	はい		
原因	起床時に倒れ救急車で搬送された			業務上によるものですか	はい	通勤途上によるものですか	はい	第三者によるものですか	はい
傷病又は負傷の療養をするため休んだ期間(請求期間)	令和3年10月1日～令和3年10月31日 31日間								
上記の請求期間中に報酬を受けましたか。また、今後受けられますか。	はい								
報酬を受けたとき、または今後受けられるときは、その報酬の額とその支払いの基礎となった(なる)期間	令和3年9月16日から	令和3年11月15日まで	の分として			〇〇〇〇円			
①障害(厚生)年金または障害手当金を受給していますか。	はい	いいえ	ウ 請求中	左記①②③で「はい」と答えた方のみ	基礎年金番号又は年金証書の年金コード	1234-5678			
②被保険者資格喪失後の方で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	いいえ	ウ 請求中	⇒	障害年金受給病名	直腸癌			
③労災保険から休業補償給付を受けていますか。(又は過去に受けた事がありますか。)	はい	いいえ	ウ 請求中		請求元の労働基準監督署	労働基準監督署			

※上記、障害厚生年金、障害手当金受給、老齢退職年金を受けられるようになった場合、あるいは受給中の場合、下記3点を添付して下さい。  
(1)年金証書又はこれに準ずる書類の写し (2)年金の額、支給開始年月日を証明する書類  
(3)年金の直近額を証明する書類の写し ※障害厚生年金を受給の方は受給病名が確認できる書類を別途添付して下さい。  
※労災保険から休業補償給付を受けている方、「休業補償給付支給決定通知書」の写しを添付して下さい。

上記のとおり請求します。  
川口工業健康保険組合理事長 殿

被保険者(請求者)の住所 〒〇〇〇-〇〇〇〇 電話番号 123 (456) 7890  
埼玉県川口市〇〇1-2-3

被保険者(請求者)の氏名 健保 太郎 生年月日 昭和平成元年

退職後の請求(請求期間が資格喪失日以降のもの)である場合、被保険者様口座へお振込みさせていただくため、委任状欄の記入は不要です。「申立書」により振込先変更の手続きが必要になります。

### 事業主の証明

※請求書を提出の際には、出勤簿及び賃金台帳の写しを添付してください。

労務に服さなかった期間 令和3年10月1日から 令和3年10月31日まで 31日間

証明期間

報酬形態(該当するものに○をしてください)	日給	日給月給	時間給	歩合制	その他	
賃金計算	締日	15日	支払日	当月	翌月	末日
労務につけなかった期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況を下表に記入して下さい。						
	3年10月分給与	3年11月分給与	年	月分給与		
	9月16日～10月15日迄	10月16日～11月15日迄	年	月	日～	日迄
家族手当	〇 200,000円	〇 200,000円	〇 200,000円			
通勤手当	〇 10,000円	〇 10,000円	〇 10,000円			
手当	〇	〇	〇			
手当	〇	〇	〇			
欠勤控除額		〇〇〇〇円	〇〇〇〇円			
合計		総支給金額	総支給金額			

賃金計算方法  
欠勤控除計算方法等について記入して下さい

例: (200,000円 + 10,000円 + 4,000円) ÷ 20日 = 10,700円(一日分欠勤控除)  
10月分 10,700円 × 〇日(欠勤日数) = 欠勤控除額  
11月分 10,700円 × 〇日(欠勤日数) = 欠勤控除額

上記のとおり相違ないことを証明する。  
令和 年 月 日

事業所所在地 〇〇県〇〇市〇〇町〇-〇-〇〇  
事業所名 〇〇〇株式会社  
事業主名 代表取締役社長 〇〇 〇〇

## 事業主記入欄

## 請求期間

### 事業主の証明 (医療機関で記入するところ)

労務不能と認めた傷病名

発病または負傷年月日 年 月 日 初診年月日 年 月 日

発病または負傷の原因

証明期間

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

左記期間中診療実日数

上記期間中の診療日を○で囲んで下さい	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
	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
	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
	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

上記期間中の入院期間 令和 年 月 日～令和 年 月 日 日間

人工透析又は人工臓器等を装着したとき

人工透析を実施又は人工臓器の種類

医療機関の

①労務不能と認めた期間中における「主たる症状及び経過、治療内容、検査結果」等、詳しく記入下さい。

②症状経過から見て従来の仕事内容について労務不能と認められた医学的な所見をご記入下さい。

不能と認めた期間中における「療養指導」、今後の仕事復帰時期についてご記入ください。

療養指導:

復帰時期: 年 月頃予定 その他( )

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

医師氏名

## 療養担当者記入欄