

傷病手当金・傷病手当付加金請求書

(第 回目)
請求日 年 月 日

| | | | | | | | |
|---|--|-------------------------------|--|---------------|---------------|-------------------------------|-------|
| 被 保 者 記 入 欄 | ① 被保険者の記号と番号 | 記号 番号 | ② 被保険者の氏名・生年月日 | (印) 年 月 日生 | | | |
| | ③ 被保険者の住所 | (〒 -) | | | TEL | | |
| | ④ 事業所の名称 | | | | | | |
| | | 仕事の内容 | <input type="checkbox"/> 製造系 <input type="checkbox"/> 技術系 <input type="checkbox"/> 開発系 <input type="checkbox"/> 営業系 <input type="checkbox"/> 事務系 <input type="checkbox"/> その他() | | | | |
| | ⑤ 傷病名 | | | | ⑥ 発病または負傷の年月日 | 年 月 日 | |
| | ⑦ 療養のために休んだ期間(請求期間) | 年 月 日 から 年 月 日 まで | | | 日間 | | |
| | ⑧ 請求期間中の療養状況 | 請求期間中の症状を詳しく記入ください | | | | | |
| | | 医師からの治療に関する指示内容 | | | | | |
| | ⑨ 「障害厚生年金」又は「障害手当金」を受給・受給予定していますか | はいの場合記入 | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい: 傷病名() | | | | |
| | | | 受給開始年月 | 年 月 | 年間年金額 | 円 | 障害の等級 |
| | | <input type="checkbox"/> 年金改定 | 年 月 改定 | 年間年金額 | 円 | <input type="checkbox"/> 手続き中 | |
| ⑩ 老齢年金について | <input type="checkbox"/> 受給中 <input type="checkbox"/> 請求中 <input type="checkbox"/> 未請求 | | | 受給年金額(年額) | 円 | | |
| * ⑨ ⑩ を受給されている方は、「年金証書」(写し)と「年金振込書」(写し)を添付して下さい | | | | | | | |

【被保険者の方へ】

事業主・療養担当者(医師)の証明が必要となりますので、『傷病手当金・付加金請求書2/2』もご手配ください。なるべく給与の締め日(月末、20日等)に合わせ1カ月毎に申請ください。

< 受付印

※第1回目の請求の場合は、下記書類を添付しご提出ください。

- ・傷病手当金請求に伴う本人状況報告書…別添②(必要に応じて二回目以降も提出を求める場合あり)
- ・同意書…別添③
- ・負傷原因調査書(ケガでの申請の場合のみ提出)…別添④

※提出の際、『傷病手当金・付加金請求書2/2』の「療養担当者が意見を記入するところ」に医師の捺印がない場合は、以下の書類を添付してください。

- ① 申請期間中に診察を受けて医療機関の「領収書」のコピー
- ② 医療機関が傷病手当金申請書に記入した際の傷病手当金意見書交付料が記載された「医療費明細書」のコピー

| | | | | | | | | | | |
|-------------------------|--|---|-------|---|-----|------------------|---|-------|------|----|
| 事業主が証明するところ | ⑪給与締日と支払日を記入して下さい。 | | 締日 | 日 | 支払日 | (当月・翌月) | 日 | | | |
| | ⑫労務に服さなかった日(該当する日を○で囲むこと) | | | | | | | | | |
| | 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 | | | | | | | 日間 | |
| | 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 | | | | | | | 日間 | |
| | 上記期間中で出勤した期間 | | / ~ / | | 日間 | 上記期間中で有給休暇をとった期間 | | / ~ / | | 日間 |
| | ⑬労務に服さなかった期間中の賃金の支払いについて(1)、(2)のいずれかに○をつけてください。 (1) 現在までも将来も支給しない。 (2) 全部支給又は一部支給した(する)。下記にその内訳を記入して下さい。 | | | | | | | | | |
| | 内 訳 (100%出勤したときの金額) | | | | | | | | | |
| | 月 | 項目 | | | | | | | 計(円) | |
| | 月分 | | | | | | | | | |
| | 月分 | | | | | | | | | |
| ※出勤簿(写)、賃金台帳(写)を添付して下さい | | | | | | | | | | |
| ⑭上記のとおり相違ない事を証明いたします。 | | | | | | | | | | |
| 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 事業主 | | 住所 | | | | | | | | |
| 氏名 | | 氏名 | | | | | | 印 | | |

| | | | | | | | | |
|-------------------------------------|---|--|---------------------------------------|---------------------------|----------------------|---|--|--|
| 療養担当者が意見を記入するところ | ㉑患者氏名 | | ㉒ 労務不能の要因となった傷病名 | | | | | |
| | ㉓発病又は負傷の年月日 | | 年 月 日 | | ㉔ 療養の給付を開始した年月日(初診日) | | | |
| | ㉕ 発病又は負傷の原因 | | | | | | | |
| | ㉖ 労務不能と認めた期間 | | 年 月 日 から 年 月 日 まで | | 日間 | ㉗ 左の期間中の入院期間 | | |
| | | | 年 月 日 から 年 月 日 まで | | 日間 | | | |
| | ㉘初診日が㉖労務不能と認めた初日より遅い場合 | | ※初診日が労務不能と認めた初日より遅い場合、下記にその理由を記入して下さい | | | | | |
| | ㉙ 上の期間中の診療実日数 | | 日間 | 診療日を○で囲んでください | 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 | | 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 | | |
| | | | ※診療実日数が0日の場合、下記にその理由を記入して下さい | | | | | |
| | ① 上記の期間中における「主たる症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等(詳しく記入ください) | | | | | | | |
| ① 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 | | | | ② 今後の見通しについてご記入ください | | | | |
| | | | | A. 引き続き加療を要する 年 月頃まで加療見込み | | | | |
| | | | | B. 年 月頃から就労可能の見込み | | | | |
| | | | | C. その他() | | | | |
| 上記のとおり相違ないことを証明します。 | | | | | | | | |
| 年 月 日 | | | | | | | | |
| 医療機関の所在地 | | | | | | | | |
| 医療機関の名称 | | | | | | | | |
| 医師の氏名 印 TEL () | | | | | | | | |