

支給額	円	支給開始日	年 月 日	資格取得年月日	年 月 日
				資格喪失年月日	年 月 日
支給内訳	傷病手当金	円	前回の支給期間	年 月 日から	標準報酬月額
	傷病手当付加金	円		年 月 日まで	千円
					報酬日額
					円
支給期間	年 月 日	全額・一部支給期間	年 月 日から	備考	
	年 月 日		年 月 日まで		

傷病手当金・傷病手当付加金支給申請書 (第 回 目)

◎記入方法および添付書類等については、別紙「記入例」「添付書類について」を確認してください。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	㉞ 被保険者証の記号・番号	記号	番号	㉟ 被保険者の仕事の内容			
	㉟ 被保険者(請求者)の氏名と印	(フリガナ)		㊱ 被保険者の生年月日	昭和 平成	年 月 日	
	㊲ 被保険者(請求者)の住所	(フリガナ)		㊳ 被保険者の資格を取得した年月日	年 月 日		
		都道府県			電話 ( )		
	㊴ 傷病名	1)	2)	3)	㊵ 発病又は負傷年月日	1) 年 月 日	2) 年 月 日
						3) 年 月 日	
	㊶ 発病又は負傷の原因					㊷ 第三者行為によるものですか	
						<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
						「はい」の場合は「第三者行為による傷病届」を提出してください	
	㊸ 療養のため休んだ期間(申請期間)	年 月 日から		年 月 日まで		日間	
	㊹ 上記㊸の療養のため休んだ期間(申請期間)の報酬を受けましたか。または今後受けられますか。					<input type="checkbox"/> 受けた	<input type="checkbox"/> 受けていない
						<input type="checkbox"/> 今後受ける	<input type="checkbox"/> 今後受けない
	㊺ 上記㊹で「受けた」(今後受ける)と答えた場合、その報酬の額と、その報酬支払の基礎となった(なる)期間を記入してください。					年 月 日から	年 月 日まで 円
	㊻ 「障害厚生年金」または「障害手当金」を受給していますか。受給している場合、どちらを受給していますか。					<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 請求中	<input type="checkbox"/> 障害厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害手当金
	㊼ 上記㊻で「はい」または「請求中」と答えた場合、受給の要因となった(なる)傷病名を記入してください。	(傷病名)					
㊽ 上記㊼で「はい」または「請求中」と答えた場合、基礎年金番号、年金コード、支給開始年月日、年金額を記入してください。(「請求中」と答えた場合は、基礎年金番号のみを記入してください。)	基礎年金番号		年金コード				
	—		—				
	支給開始年月日		年金額				
	年 月 日		円				
㊾ 資格喪失した方で、その後も継続して傷病手当金を申請する場合、老齢または退職を理由とする公的年金を受給していますか。					<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 請求中		
㊿ 上記㊾で「はい」または「請求中」と答えた場合、基礎年金番号、年金コード、支給開始年月日、年金額を記入してください。(「請求中」と答えた場合は、基礎年金番号のみを記入してください。)	基礎年金番号		年金コード				
	—		—				
	支給開始年月日		年金額				
	年 月 日		円				
㊱ 労災保険から休業補償給付を受けている期間の傷病手当金の申請ですか。					<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 労災請求中		
㊲ 上記㊱で「はい」または「労災請求中」と答えた場合、支給元または請求先の労働基準監督署名を記入してください。					支給(請求)労働基準監督署名		
					労働基準監督署		
㊳ 介護保険法のサービスを受けたとき	保険者番号		被保険者番号		保険者名称		
㊴ 振込金融機関口座名	銀行 金庫 信組		本店 支店 出張所				
	預金種別	普通当座	口座番号	口座名義	(フリガナ) (氏)	(若)	

労務に服さなかった期間を含む賃金計算期間の勤務状況および賃金支払状況等を記入してください。

事業主が証明するところ	㊟ 勤務状況(出勤)は○、有給は△、公休は□、欠勤は/でそれぞれ表示してください。																															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	日	日	
	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	日	
	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	日	
	㊟ 労務に服さなかった期間に対して、賃金を支給しました(します)か。 □ はい ・ □ いいえ																															給与の種類		賃金計算	
	㊟ 労務に服さなかった期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況を下欄に記入してください。																															月給	日給・月給	締日	日
	支給した(する)賃金内訳	期間	月 日	月 日	月 日	月 日	日給	歩合給	時間給	その他	支払日	当月翌月	日																						
		区分	～ 月 日分	～ 月 日分	～ 月 日分	～ 月 日分								支給額	支給額	支給額																			
	基本給	円	円	円	円	●賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)について記入してください。																													
	通勤手当	円	円	円	円																														
住宅手当	円	円	円	円																															
扶養手当	円	円	円	円																															
手当	円	円	円	円																															
計	円	円	円	円																															
上記のとおり相違ないことを証明します。												年	月	日																					
事業所所在地																																			
事業所名称																																			
事業主氏名												☎	電話	( )																					

※「初回申請分」には、労務に服さなかった期間を含む賃金計算期間とその期間前1ヵ月分の賃金台帳と出勤簿の写しを添付してください。

療養担当者が見入る	患者氏名																																		
	傷病名	(1)											㊟ 療養の給付開始年月日(初診日)	(1)	年	月	日																		
		(2)												(2)	年	月	日																		
		(3)												(3)	年	月	日																		
	発病または負傷年月日	年	月	日	発病負傷	発病または負傷の原因																													
	㊟ 労務不能と認められた期間	年	月	日から	日間	療養費用の別		健保	自費	公費( )	その他																								
	㊟ のうち入院期間	年	月	日から	日間			入院	転	帰	治癒	繰越	中止	転院																					
	診療実日数	日	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	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	
㊟ ㊟の期間中における「主たる症状および経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等(詳しく)											手術年月日	年	月	日																					
																				退院年月日	年	月	日												
㊟ 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																																			
人工透析を実施または人工臓器を装着したとき	人工透析を実施または人工臓器を装着した日										年	月	日																						
	人工臓器等の種類		ア. 人工肛門		イ. 人工関節		ウ. 人工骨頭		エ. 心臓ペースメーカー																										
		オ. 人工透析		カ. その他																															
上記のとおり相違ありません。												年	月	日																					
医療機関の所在地																																			
医療機関の名称																																			
医師の氏名												☎	電話	( )																					

年 月 日提出

受付日付印