

傷病手当金・傷病手当金付加金 支給申請書(第 回)

【1/2】

申請者 記入欄	記号	番号	氏名	所 属	住 所	
	2 8					
	傷 病 名				発病年月日	令和 年 月 日
	傷病の原因				診療開始日	令和 年 月 日
	傷病又は負傷の療養をするために休んだ期間					令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで 日間
	確認事項	①上記申請期間に報酬(給与・手当など)を受け取りましたか？				はい ・ いいえ
		①-1 「はい」と答えた場合、その報酬額とその対象となった期間をご記入ください。				令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 円
		②「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 ・ 請求中 ・ いいえ
		②-1 「はい」または「請求中」と答えた場合、受給の要因である傷病名および基礎年金番号等をご記入ください。 *直近の年金払込通知書(写)または年金額改定通知書(写)を添付				傷病名 基礎年金番号
		③上記申請期間中、労災保険から休業補償給付を受けていますか？ (又は過去に受けていましたか？)				はい ・ 請求中 ・ いいえ
③-1「はい」または「請求中」と答えた場合、支給元(請求先)の労働基準監督署をご記入ください。*「はい」の場合、支給決定通知書(写)を添付				労働基準監督署		
④この申請者記入欄は、すべて本人(被保険者)が記入されましたか？				はい ・ いいえ		
委任欄	上記のとおり申請します。なお、給付金の受領は、事業主に委任します。 令和 年 月 日 被保険者氏名 印					

療養を担当した医師の意見欄	傷 病 名	(1)		左記傷病の診療開始日	(1)	令和 年 月 日
		(2)			(2)	令和 年 月 日
	傷病の原因				発病年月日	令和 年 月 日
	労務不能と認めた期間	*記入日以後の日付は記入しないでください。			左記期間中の入院期間	
		令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間	令和 年 月 日 ～ 年 月 日			
	上記期間中の診療日数	日	上記期間中の診療日	／ , ／ , ／ , ／ , ／ , ／ , ／		
	※労務不能と認めた期間における「主たる症状及び経過」「治療内容・検査内容・療養指導内容」等(詳しく)					
	※上記「症状および経過」からみて、労務不能と判断された医学的な所見(詳しく)					
	上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日 所在地 医療機関名 医師の氏名 印					

傷病手当金・傷病手当金付加金 支給申請書(第 回)

【2 / 2】

事業主証明欄	記号	番号	被保険者氏名	所 属	申請書受領日	令和 年 月 日	
	2 8						
	被保険者申請期間の内 労務に服務しなかった期間			令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間			
	上 記 期 間 中 の 報 酬			☐ 支給していない 令和 年 月 日 から 日間 令和 年 月 日 まで			
				☐ 支給した 令和 年 月 日 から 日間 円 令和 年 月 日 まで			
上記のとおり相違ありません。 事業主の 住所 名 称 代表者 令和 年 月 日 印							

【注意事項】記載字句を訂正する場合の訂正印は、公印をお願いします。

【添付書類】

《申請の都度》

●申請者

☐療養状況・日常生活状況申立書(月毎)

[該当の場合]

☐年金払込通知書(写)または年金額改定通知書(写)

☐労災保険の休業補償給付の支給決定通知書(写)

●事業主

☐被保険者申請期間の稼働状況のわかる書類

☐被保険者申請期間の賃金支給表または賃金台帳の写

《初回申請時》

●申請者

☐傷病手当金申請に伴う報告書

●事業主

☐賃金の計算および支払方法がわかる規程の写(中電工以外)

☐申請者が契約職員の場合、雇用契約書の写

受付印

常務理事	事務長	担 当

健 保 記 入 欄	支給 開始日	令和 年 月 日	標準報酬月額	傷手算定報酬月額	支給決定日	令和 年 月 日	
	支給 期間	令和 年 月 日 から			法定給付	円	
		令和 年 月 日 まで				日間	円
		(標準報酬日額)	(支給率)	(日数)	支給 額	付加給付	円
	法定	×	×	=		合 計	円
	付加	×	×	=			