

傷病手当金 支給申請書
傷病手当金付加金

片面印刷で①～③をそろえて提出してください。

①

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	記号・番号	記号				番号															(第 回)								
	被保険者氏名												被保険者住所																
	生年月日	昭和・平成 年 月 日											事業所名																
	仕事の種別・内容												被保険者資格を取得した日	昭・平・令 年 月 日															
	傷病名												発病・負傷の年月日	平・令 年 月 日															
	発病・負傷の状態、原因	第三者行為（交通事故など）によるものですか ※ はい ・ いいえ ※ 傷病原因が第三者の行為による場合は「第三者の行為による傷病届」を提出してください。																											
	療養のため休んだ期間	令和 年 月 日から令和 年 月 日（歴日数） 日間																											
	◎障害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 「はい」「請求中」の場合、右表の①～⑥を記入 (退職者の方) 在職中の方を除く	①年金の種類					<input type="checkbox"/> 障害厚生（基礎）年金					<input type="checkbox"/> 障害手当金																	
	◎老齢または退職を事由とする公的年金を受給していますか はい ・ 請求中 ・ いいえ 「はい」「請求中」の場合、右表の③～⑥を記入	②受給の原因となった傷病名										③基礎年金番号					④年金コード												
		⑤支給開始日					年 月 日					⑥年金額					年金給付の年金証書又はこれに準ずる書類の写し及びその額及びその支給開始年月を証明する書類並びにその直近の額を証明する書類（年金額改定通知書等）を添付して下さい。												
この申請書の「給付金の受領」を事業主に委任します。 ※任意継続被保険者は給付金を登録の口座に振り込みします。																				受付日付印									
被保険者氏名 _____																													

・傷病手当金付加金は支給日数の合計が30日を越えたとき、1日目から支給されます。

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄に被保険者のマイナンバーを記載してください。

備考欄	
-----	--

202411改

支 給 支 払 決 議 書	支給額合計		円	伺年月日		常務理事	事務長		係
	支給開始日	年 月 日		支払年月日					
	支給満了日	年 月 日		前回支給	自 年 月 日				
		年 月 日		期間	至 年 月 日				
	標準報酬月額		円						
	算定	給付の種類	支給期間			支給日数	支給率	支給額	
		傷病手当金	年 月 日 から 年 月 日	日				円	
		傷病手当金付加金	年 月 日 から 年 月 日	日				円	
			年 月 日 から 年 月 日	日				円	

傷病手当金 支給申請書

傷病手当金付加金

②

療 養 を 担 当 し た 医 師 が 意 見 を 記 入 す る と こ ろ	療養を受けた人の氏名				
	傷 病 名	①	初診年月日	① 平成・令和 年 月 日	
		②		② 平成・令和 年 月 日	
		③		③ 平成・令和 年 月 日	
	発病または負傷の年月日		平成・令和 年 月 日	発病または 負傷の原因	
	労務不能と認めた期間		令和 年 月 日から 日間 令和 年 月 日まで		
	うち入院した期間		令和 年 月 日から 日間 令和 年 月 日まで		
	診 察 日 数	診察した 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 2 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					
（1）上記期間中における主症状及び経過、 治療内容等		（2）症状経過から見て、労務不能と認めた 医学的所見		（3）労務不能1ヶ月に対して診療日数が 1日以下のときは、その理由と労務不能と認 めた経過について	
人工透析を実施または人 工臓器を装着した日		人工透析の実施または人工臓器を装着した日	昭和・平成・令和 年 月 日		
		人工臓器などの種類	人工肛門 人工関節	人工骨頭 人工透析 心臓ペースメーカー その他 ()	
上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日					
住所					
医師 医療機関名					
氏名					
電話 ()					

傷病手当金 支給申請書

傷病手当金付加金

③

事業主が証明する支払状況	被保険者氏名																															
	労務に服することができなかった期間							令和 年 月 日から令和 年 月 日																								
	労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間の勤務状況、賃金支払状況などを記入してください																															
	【勤務状況】 出勤は○で、有休は◎で、公休は◇で、欠勤は＝でそれぞれ表示して下さい																															
	年	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
	年	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
	年	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
	年	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
	上記期間中の給与等		給与等		支給なし		支給あり (全部・一部)		給与の種類		月給		日給		時給																	
	給与支払状況		通勤費		支給なし		支給あり (全部・一部)				その他 ()																					
賃金等	期間		年 月 日～ 年 月 日分		年 月 日～ 年 月 日分		年 月 日～ 年 月 日分		※基本給単価 月給の場合は1ヵ月 日給の場合は1日 時給の場合は1時間																							
	支払日		毎月 日		年 月 日		年 月 日																									
	単価		円		支給額		支給額																									
	基本給		円																													
	通勤手当		円																													
			円																													
			円																													
合計		円																														
支払状況		通勤手当が複数月分支給の場合 (ヶ月分) (円) (月～ 月分) (支給日)																														
備考		※上記に記載できない事項について記入してください。(内訳や控除計算式など)																														
この		上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日																														
る		住 所 事業主 氏 名																														