支給決議書			108条内訳		不支給期間	
	支給期間	年 月 日 年 月 日 日間		月 日～ 月 日 円／日 × 日＝ 円		年 月 日 年 月 日 日間
	2/3	月 日 月 日 日 千円		月 日～ 月 日 円／日 × 日＝ 円	不支給理由	□労不能認めず □前回支給済 □出勤 □期間満了全期間不支給 □有給 □障害年金受給108条該当 □期間終了 □108条
		月 日 月 日 日 千円		月 日～ 月 日 円／日 × 日＝ 円		
	108条	月 日 月 日 日			備考	

傷病手当金支給申請書 （第 回請求）

被保険者注意事項

1・けが等の外傷性による負傷の場合は、「負傷原因届」の用紙に必要事項を記入のうえ添付してください。
2・被保険者が死亡したことにより遺産相続人が申請するときは、戸籍に関する証明書を添付してください。
3・医師の証明が外国語で作成されているときは、日本語の翻訳文（翻訳者の氏名住所等を記載したもの）を添付してください。
4・各項目により必要な添付書類は、必ずご提出ください。なお、一度提出していただいた以降は、内容に変更がなければ不要です。

被保険者が記入するところ

① 被保険者証の記号番号	記号	② 被保険者氏名	
	番号	生年月日	昭・平・令 年 月 日
③ 被保険者住所	〒 （電話 （ ） 番）（ 方）		

委任状

この給付金の受領を事業所に委任します。

令和 年 月 日 被保険者氏名

※ 現在、事業所に勤務の方は、委任状に被保険者氏名を記載してください。
※ 退職後の申請で、上記に委任しない場合は、「給付金等振込送金依頼書」を提出して下さい。

④ 傷病名		⑥ 会社での職種 ※退職者は在職中の職種	※具体的な内容をご記入ください
⑤ 療養のため休んだ期間（申請期間）	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間		

⑦ 上記⑤の療養のため休んだ期間に報酬を受けましたか。または今後受けられますか。 □いいえ □はい 「はい」と答えた場合、報酬支払期間と報酬額 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 円

⑧ 公的年金を受給していますか。 □はい □いいえ □請求中

⑨ 上記⑧で「はい」または「請求中」と答えた場合、年金の種類および基礎年金番号、年金コード、支給開始年月日、年金額を記入してください。
なお、「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。

「障害年金」「障害手当金」を受給している場合、受給の要因となった（なる）傷病名を記入してください。

※受給している方は「年金証書」および「振込通知書（ハガキ）」の写しを添付してください。

□障害厚生（基礎）年金 □障害手当金
□老齢厚生（基礎）年金 □その他

基礎年金番号	年金コード

支給開始年月日	年金額
昭・平・令 年 月 日	円

「障害年金・障害手当金」受給要因傷病名

⑩ 労災保険から休業補償給付を受けていますか □いいえ □はい □請求中 □請求予定
「いいえ」以外の場合、請求先の労働基準監督署名称 労働基準監督署

⑪ 発病または負傷の原因 傷病発生日時 平・令 年 月 日 時
発生場所
原因
仕事上の負傷：□はい □いいえ
通勤時の負傷：□はい □いいえ
他人の加害行為による負傷：□はい □いいえ

⑫ 介護保険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

備考 ※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へ記載してください。
（マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。）

（注意） この給付の支払の際に、その給付種別について事業所担当者にお知らせすることがあります。
また、勤務先・医療機関等・市区町村・労働基準監督署・全国健康保険協会などに問い合わせをする場合があります。（4.04.01）

事業主が記入するところ

⑬ 労務に服さなかった期間 月 日から 月 日 日間

出勤状況	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																															
月																															
年																															
月																															
年																															
月																															
年																															
月																															

⑭ 賃金の形態および算出基礎 月給者（月額 円） 日給者（日額 円） 時給者（時給 円） 日給月給者（月額 円）（日額 円）

⑮ ⑬の期間の賃金支給状況および計算内訳（賃金の支給が全然ない場合でも0と記入してください。）

区分 ＼ 月分及び賃金計算期間	年 月支給分 月 日から 月 日までの分	年 月支給分 月 日から 月 日までの分	年 月支給分 月 日から 月 日までの分	年 月支給分 月 日から 月 日までの分	備考
基本給	円	円	円	円	
残業手当	円	円	円	円	
家族手当	円	円	円	円	
役付手当	円	円	円	円	
通勤手当	円	円	円	円	
	円	円	円	円	
	円	円	円	円	
合計	円	円	円	円	

出勤簿および賃金台帳との照合確認の結果うえのとおり相違ないことを証明します。 ⑯
令和 年 月 日
（電話 （ ） 番）
事業所名称
事業所所在地
事業主氏名

事業主注意事項

1・⑬⑮欄については、出勤簿、賃金台帳から転記してください。初回請求分については、開始二ヶ月前から記入してください。
2・⑬欄は賃金締切日などに出勤は○、欠勤は×、有給は有、早退は早、遅刻はチ、事業所の休日は休、と記入してください。
3・⑮の欄について、労務に服さなかった期間に対して将来支給するもの（家族、役付、通勤、住宅手当などの固定給与）は、支給日がこなくても記入してください。

療養を担当した医師が記入するところ

⑰ 傷病名		⑱ 発病または負傷の原因	
⑲ 発病または負傷の年月日	平・令 年 月 日	⑳ 療養給付開始年月日	平・令 年 月 日
㉑ 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	㉒ ㉑の期間中の診療実日数	日
㉓ 入院の場合はその期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間	㉔ ㉑の期間中の診療最終日	月 日

㉕ ㉑の期間中の「主たる症状および経過」（詳しくご記入ください）、また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 **※楷書で記入してください**

投薬の有無：□あり（ 月 日に 日分）・□なし
通院指導の有無：□あり（ 週間に 回）・□なし（理由： ）
療養の指示内容

㉖ 復職見込	□令和 年 月頃 ・ □現在のところ不明	㉗ 結核性の該否	□結核性 ・ □非結核性
㉘ 人工透析または人工臓器等を装着した時	人工透析を実施または人工臓器を装着した日	平・令 年 月 日	
人工臓器等の種類	ア. 人工肛門 イ. 人工膀胱 ウ. 人工関節 エ. 人工骨頭 オ. 心臓ペースメーカー カ. 人工透析 キ. その他（ ）		

うえのとおり相違ありません。
令和 年 月 日
（電話 （ ） 番）
㉙ 医療機関名称
医療機関所在地
医師氏名 ㉚ 印

療養担当者注意事項

1・㉑欄は被保険者が休んだ期間と関係なく独自の立場で臨床上労務不能と認められる期間を記入してください。
2・訂正したときは、医師証明印㉚と同じ印を訂正した箇所に押してください。

（注意）照会するときは、被保険者証の記号番号を明らかにしてください。 令和 年 月 日提出