

傷病手当金支給申請書 (その1)

(第 2 回目)

項目		コード	支給日数		支給金額		支給決定年月日			
傷病手当金		44					令和 年 月 日			
標準報酬月額		円	総支給日数		支給金額		備考			
標準報酬日額		円	前回残日数		減額					
支給日額		円	今回支給日数		差引額					
前回支給期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日まで						資格取得年月日	昭和 平成 令和 年 月 日		
待定期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日まで 3日間						資格喪失年月日	令和 年 月 日		
支給期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日まで 日間						支給開始年月日	令和 年 月 日		
不支給	期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日まで 日間						診療開始年月日	平成 令和 年 月 日	
	区分	全部一部	不支給理由							

被保険者証の記号番号	123 - 1234567	被保険者氏名	健康 太郎 (男・女)		
傷病名①	左膝十字靭帯損傷	発病又は負傷の原因	フットサルの試合中に転倒		
傷病名②		発病又は負傷の原因	平成・令和 3年 10月 16日・不詳		
申請期間	令和 3年 10月 16日 から 令和 3年 11月 30日 の 46日間	仕事の内容	営業		
1. 老齢厚生年金	発病又は負傷の原因は、業務上や第3者行為によるものですか?		1. はい 2. いいえ		
この届出は、事業主の受領委任が必要です。健康保険担当者を通じて提出して下さい。		怪我の場合、負傷原因報告書を添付。既に提出済みですか?		1. はい 2. いいえ	
		介護保険のサービスを受けたとき	保険者番号	保険者名称	被保険者番号
受給開始年月日	令和 年 月 日	S K 健康保険組合 理事長 殿			
上記のとおり申請します。		申請者氏名	健康 太郎		
令和 3年 12月 8日提出					

被保険者証の記号・番号を記入しない場合、被保険者のマイナンバーを記入のこと
(ただし、個人番号確認、本人確認をするための書類の添付が必要です)

受領委任欄	この給付金の受領を下記の者に委任します。	受領委任年月日	令和 3年 12月 8日	
	事業所の受領責任者 (事業所) ○○○○株式会社 (役職名) 総務部長 (氏名) 田中 肇	受領委任者氏名	健康 太郎	

【注意事項】

- この届の日付は和暦、選択欄は該当数字を記入するか該当数字を○で囲んで下さい。
- 訂正は二重線で抹消し、訂正者氏名を自署下さい。(修正テープ使用不可)
- ケガによる申請は、必ず負傷原因報告書をご提出下さい。
- 被保険者死亡後の申請は、申請者欄・受領委任者欄とも法定相続人の署名、捺印が必要です。
- 老齢厚生年金を受けているときは「老齢厚生年金改定通知書」を、障害年金を受けているときは「障害年金証書」及び「直金の年金改定通知書」を、障害手当金を受けているときは「障害手当金支給決定通知書(写)」を添付して下さい。
- マイナンバーで届出の場合「マイナンバーカードの両面の写し」もしくは「マイナンバーを記載した公的書類の写しと官公署が発行する写真付き身分証の写し」のどちらかを添付して下さい。

傷病手当金支給申請書 (その2)

注) 事業主の証明欄は、出勤簿又はタイムカード、賃金台帳などと照合して正確に記入して下さい。

被保険者証の記号番号	123 - 1234567	被保険者氏名	健康 太朗											
労務に服さなかった該当日を○で囲む	令和 03年10月	1 (16) 2 (17) 3 (18) 4 (19) 5 (20) 6 (21) 7 (22) 8 (23) 9 (24) 10 (25) 11 (26) 12 (27) 13 (28) 14 (29) 15 (30) 16 (31)	16	日間										
	令和 03年11月	1 (1) 2 (2) 3 (3) 4 (4) 5 (5) 6 (6) 7 (7) 8 (8) 9 (9) 10 (10) 11 (11) 12 (12) 13 (13) 14 (14) 15 (15) 16 (16) 17 (17) 18 (18) 19 (19) 20 (20) 21 (21) 22 (22) 23 (23) 24 (24) 25 (25) 26 (26) 27 (27) 28 (28) 29 (29) 30 (30) 31 (31)	30	日間										
	令和 年 月	1 2 3 4 5 6 7 16 17 18 19 20 21 22		日間										
上記のうち公休日等、病欠以外の無休の日	10/16、17、23、24、30、31、11/3、6、7、13、14、21、23、			15	日間									
上記の内有給休暇等、給与等の支給のある日	10/18、19、20、21、22			5	日間									
給与等支払内訳	項目	有給休暇	10 月 18 日～ 10 月 22 日までの 5 日間 ×@ 12,345 円＝	61,725	円支払									
		10月交通費	10 月 18 日～ 10 日 29 日までの 11 日間 ×@ 108 円＝	1,188	円支払									
			月 日～ 月 日までの 日間 ×@ 円＝		円支払									
			月 日～ 月 日までの 日間 ×@ 円＝		円支払									
給与等 支払合計			5 日間の	62,913	円支払									
支給形態	2	1.月給 2.日給月給(欠勤日数分減額) 3.日給 4.その他()	給与の締切日	毎月 20 日	治癒後の出勤日	令和 年 月 日								
上記のとおり相違ないことを証明します。		所在地	◇◇県◇◇市○○町▽▽▽▽123番地											
令和 3 年 12 月 13 日		名称	○○○○株式会社											
		役職	総務部長											
		氏名	田中 肇											

医師が労務不能と認めた期間のうち、被保険者が申請した期間について、事業所が証明下さい。

療養を担当した医師の意見欄	傷病名①		診療開始日	平成 令和 年 月 日
	発症・負傷の原因		発症又は負傷の日	平成 令和 年 月 日
	傷病名②		診療開始日	平成 令和 年 月 日
	発症・負傷の原因		発症又は負傷の日	平成 令和 年 月 日
	労務不能と認めた期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 迄	左記のうち診療実日数	日間
	上記期間中の入院日数	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 迄	医療費負担区分	健保・公費 自費・その他
	手術名		手術年月日	平成 令和 年 月 日
	転帰		治癒・繰越 転医・中止	
主たる症状及び経過をご記入下さい。		この届出は、医師の証明が必要です。 医師の意見欄の修正・訂正は、証明をいただいた医師の加筆が必要です。		
症状経過からみて労務不能と認めた医学的な所見をご記入下さい。				
上記のとおり証明します。		所在地		
令和 年 月 日		医療機関名称		
医師の氏名		電話番号		