傷病手当金請求書

①
（第　　回目）

裏面の「記入の方法及び注意事項」を必ずお読みになってからご記入ください。

被保険者が記入するところ

② 被保険者等記号・番号 ― ※記号・番号が分からない場合はマイナンバーを記入	被保険者の氏名及び生年月日	③ 昭・平　年　月　日	④本請求書の提出を事業主に依頼します。 チェック □
⑤ 被保険者の現住所	郵便番号　― TEL（　　） 携帯（　　） 方		
⑥事業所の名称		⑦標準報酬月額	千円
⑧被保険者資格を取得した年月日	昭和 平成 令和　年　月　日	⑨発病または負傷の年月日	昭和 平成 令和　年　月　日
⑩被保険者の業務の種類		⑪傷病名	
⑫ 発病または負傷の原因を詳しく		⑬第三者の行為によるものですか はい　・　いいえ	
⑭疾病又は負傷の療養をするために休んだ期間 （請求期間） ※待期期間を含む	令和　年　月　日から　令和　年　月　日までの　日間		
⑮上記⑭の期間で報酬を受けたときは、その報酬額と支払の基礎となった期間	令和　年　月　日から令和　年　月　日までの　日分として　円		
⑯障害厚生年金または障害手当金の有無	有・請求中・無	年金番号	傷病名 / 年額　円
⑰老齢または退職年金の有無（喪失者のみ）	有・請求中・無	年金番号	年額　円
⑱Ⓐ労働者災害補償保険法による休業補償は受けてますか	はい・申請中・いいえ	Ⓑ前項Ⓐにて**はい**もしくは**申請中**と回答された方は申請中の労働基準監督署名をご記入ください	労働基準監督署
⑲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

受取代理人欄

本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。　令和　年　月　日 被保険者　住所 氏名		
代理人の氏名	（フリガナ）	委任者と代理人との関係

□ **マイナポータル等で事前登録した公金口座を利用します。（利用する場合は☑、利用しない場合は下記口座欄を記入してください）**

※口座情報の反映には数日を要しますので、登録の時期によっては以前の登録口座に振り込まれる場合があります。

※受取代理人を指定する場合は、公金口座を利用できません。

振込先指定口座

銀行コード　　支店コード 銀行・農協 信金・信組　　本店 支店			
普通　・　当座	口座番号		
口座名義		フリガナ	

口座名義が被保険者名でないときは必ず受取代理人欄を記入してください。

この書類の送付先は

〒100-0014
東京都千代田区
永田町2-17-2

東京薬業健康保険
組合　給付課　宛

受付日付印

東京薬業健康保険組合

裏面の「記入の方法及び注意事項」を必ずお読みになってからご記入ください。

事業主が証明するところ

記号		番号		被保険者名	

⑳勤務状況（出勤日は○、有休は△、欠勤は×、公休は公で記入して下さい）

※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を表示してください		出勤	有休
令和　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
令和　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
令和　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

給与形態	給与（　日〆）（　日払）当月・翌月 控除（　日〆）当月・翌月（　日）	月給・日給・時間給（　円／h） 歩合給・その他（　）

㉑支給した（する）賃金内訳

期間／区分	基となる金額	令和　年　月　日 ～ 月　日分 支給額	令和　年　月　日 ～ 月　日分 控除額	●欠勤控除計算方式等について記入して下さい（足りない場合は別紙に記載して下さい）
基本給				
手当				
手当				
手当				

交通費（前払含む）	有・無	令和　年　月　日 ～ 年　月　日の分として（　）円	精算済みの場合は	払戻日　月　日 払戻額　円
社宅	有・無	居住スペース（　）畳	勤務地（　）	自己負担額（　）円

㉒現在までもまた将来も支給しない場合はその旨		㉓担当者氏名	

上記のとおり相違ないことを証明します

令和　年　月　日

事業主　㉔事業所名・所在地

㉕氏名　TEL　（　）

療養を担当した医師が意見を書くところ

㉖患者氏名		㉘発病または負傷の年月日	年　月　日
㉗傷病名		㉙療養の給付を開始した年月日	年　月　日

㉚発病または負傷の原因	

㉛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	㉜診療実日数計	日間

㉝上記㉛期間の受診日を丸で囲んでください		
	令和　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
	令和　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
	令和　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

㉞上記㉛の期間の療養の内容（できるだけ詳細に記載して下さい）

通院指導の有無：□有（頻度　）　□無（理由　）

投薬の有無：□有（　月　日に　日分）　□無（理由　）

療養の指示内容・経過等
（　）

人工透析または人工臓器等の有無
□有（種類：　装着日：　）　□無

㉟上記㉛の期間の診察からみて従来の職種について労務不能と認めた医学的所見及び主症状	

㊱上記㉛の期間中に入院していた期間がある場合はその期間	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで　日間	㊲入院の費用の別	健保・公費 自費・その他

上記のとおり相違ありません

㊳令和　年　月　日

医師　㊴住所（所在地）〒

㊵医療機関名

氏　名　TEL　（　）

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	

※※記入方法及び注意事項※※

〔被保険者の注意事項〕

1. 事業主を通して書類を提出いただく場合には、必ず④の欄にチェックしてください。
2. ⑫の欄は、「いつ、どこで、なにを、どうしているとき、どういうふうになって、どこを、どうした」というように詳しく記入してください。
3. ⑭の欄は、待期期間(第１回目のみ)を含めて記入してください。待期期間とは、仕事に就けず連続して３日以上休んだ期間(３日間)をいい、公休日や有給休暇日でも構いません。※待期期間の傷病手当金は支給されません。
4. ⑯または⑰の欄の年金または手当金を受給している方は、年金証書またはこれに準ずる書類の写し及びその支給開始年月日を証明する書類、並びに直近の額を証明する書類（年金額改定通知書等）を添付してください。
5. 証明書が外国語で記載されている場合は、翻訳者の住所及び氏名を明記した翻訳文を添付してください。
6. 保険給付金の請求権の消滅時効は2年となります。
   傷病手当金の時効の起算日は「労務不能であった日ごとにその翌日」となります。

〔事業主の注意事項〕

1. 記入欄が不足する場合は、証明欄をもう1枚用意し、それぞれに記入してください。
2. 請求期間にかかる出勤簿と賃金台帳を添付してください。（月の途中からの請求などの場合は請求期間が含まれる月の分を全て添付してください）
3. 被保険者の資格を喪失した後の期間にかかる請求であるときは、事業主の証明は必要ありません。
4. ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と事業主の氏名（サイン）をご記入ください。

〔医師の注意事項〕

1. ㉞の欄は、なるべく詳しく記載してください。特に手術した場合は手術の名称と手術年月日を、また結核性の疾病については検痰成績、安静度、赤沈値、理学的所見などを記入してください。
   人工透析または人工臓器等を装着したときは、種類及び実施日または装着日を記入してください。
2. ㉛の欄「労務不能と認めた期間」の日付は、この意見書の記載日（㊳欄の日付）より前の日付を記入してください。
3. ㉜の診療実日数が0日の場合は、直近の診察日を記入してください。
4. ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と療養を担当した医師の氏名（サイン）をご記入ください。

記入漏れや不備事項がありますと、決定が遅れる場合があります。