見本

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	9999 － 1234 ※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 薬業　太郎 昭・(平) 50 年 4 月 19 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 100 — 0014 東京都千代田区永田町2-17-2	TEL（ 03 ）3581 － 1238 携帯（　　）	
⑥事業所の名称	薬業工業㈱	⑦標準報酬月額	300 千円
⑧被保険者資格を取得した年月日	昭和・(平成)・令和 28 年 4 月 1 日	⑨発病または負傷の年月日	平成・(令和) 6 年 1 月 31 日
⑩被保険者の業務の種類	営業	⑪傷病名	急性胃腸炎
⑫発病または負傷の原因を詳しく	令和6年1月31日深夜、腹痛のため病院受診。	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 6 年 2 月 1 日から 令和 6 年 2 月 20 日までの 20 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 9999-999999	年額 1,234,567 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 0099	支店コード 099		
永田町	(銀行)・農協・信金・信組	赤坂見附	本店・(支店)
(普通)・当座	口座番号	9999998	
口座名義	薬業　太郎	フリガナ	ヤクギョウ タロウ

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

事業主が証明するところ

記号	9999	番号	1234
被保険者名	薬業　太郎		

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 6 年 2 月	×2 ×3 公4 公5 ○6 ○7 ×8 ×9 ○10 ○11 ×12 ×13 公14 公15 ○16 ○17 ×18 ×19 公20 公21 ○22 ○23 ○24 ○25 ○26 ○27 ○28 ○29 ○30 ○31	6 日	0 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（末日〆）（20日払）当月・翌月　控除（末日〆）当月・翌月（末日）　(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

区分＼期間	基となる金額	令和 6 年 2 月 21 日 ～ 2 月 28 日分 支給額	令和 6 年 2 月 1 日 ～ 2 月 20 日分 控除額
基本給	270,000	94,500	175,500
資格手当	20,000	20,000	—
手当			
手当			

●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　×　欠勤日数 / 20

資格手当　満額支給

交通費（前払含む）：(有)・無　令和 6 年 2 月 1 日 ～ 6 年 4 月 30 日の分として（ 60,000 ）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：給与規定による　㉓担当者氏名：業務　冬子

上記のとおり相違ないことを証明します

令和 6 年 3 月 15 日

事業主　㉔事業所名・所在地　薬業工業㈱　東京都台東区上野1-27-2

㉕氏名　代表取締役社長　健保 一郎　TEL（ 03 ）3833-3271

療養を担当した医師が意見を書くところ

㉖患者氏名	薬業　太郎	㉘発病または負傷の年月日	5 年 1 月 31 日
㉗傷病名	急性胃腸炎	㉙療養の給付を開始した年月日	5 年 2 月 1 日
㉚発病または負傷の原因	※医師の判断による		
㉛労務不能と認めた期間	令和 6 年 2 月 1 日から 令和 6 年 2 月 20 日まで	20 日間	㉜診療実日数計 3 日間

㉝上記㉛期間の受診日を丸で囲んでください

令和 6 年 2 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　1週間に1度　）　☐無（理由　）

投薬の有無：☑有（ 2 月 1 日に 7 日分）　☐無（理由　）

療養の指示内容・経過等（※医師の判断による）

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：※医師の判断による

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 6 年 3 月 1 日

医師　㊴住所（所在地）〒 398-0001 長野県大町市平1915

㊵医療機関名　東薬クリニック

氏名　厚生 太郎　TEL（ 0261 ）22-1718

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	

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。