

※ 支給 決議 書	支給金額	円							常務理事	事務長	部長	課長	担当者	資格	得喪	年月日
	支給期間	年 月 日 年 月 日 日間												前回	始	年月日
	標準報酬月額	千円)							全部不支給	理由	1・2・3・4・5・6・7・8・9				技官等の意見	年月日
	日額	日数	金額	期間	年 月 日 日間					(備考)						
					理由	1・2・3・4・5・6・7・8・9				一部不支給	期間	年 月 日 日間				
	控除				期間	年 月 日 日間										
	計				該当条文	0 不該当 3 法第104号 7 第109号 1 法第99号 5 法第108号										

## 傷病手当金請求書(第 回)

3109	<b>傷病手当金請求書(第 回)</b>													
◎記入上の注意事項が別紙にありま す。	①被保険者証の記号番号				②被保険者(請求者)の氏名				③印	性別	④生 年 月 日			
									印	1男 2女	昭平	年	月	日
	⑤被保険者の現住所(請求者)				〒 - 電話 ( )									
	⑥事業所の名称				⑦被保険者(であったとき)の業務の種別									
	⑧発病または負傷の年月日				昭和 平成	年 月 日			⑨傷病名					
	⑩発病の状態または負傷の原因を詳しく								⑪第三者の行為によるものですか 0:いいえ 1:はい					
	⑫疾病又は負傷の療養をするために休んだ期間				年 月 日から 年 月 日まで 日間									
	⑬上記⑫に書いた期間の部分の報酬を受けましたか又は受けられますか				受けた 受けられる	受けない 受けられない	⑭報酬の支払を受けた(受けられる)ときはその報酬の額と、その報酬支払の基礎となった(なる)期間				平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	の分として 円		
	⑮介護保険法のサービスを受けたとき				(1) 保険者番号	(2) 被保険者番号			(3) 保険者の番号					
	⑯年金の基礎年金番号、受給の有無、受給年月日、受給金額等について記入して下さい。													
(4) 基礎年金番号				-				受給している年金又は手当金等の 年金保険者の名称 年金コード又は、記号番号等 金額(年額)						
(5) 老齢又は退職を事由とする公的年金を受給していますか				いいえ・請求中・はい				円						
(6) 障害厚生年金又は障害手当金を受給していますか、又は、しましたか				いいえ・請求中・はい				円						
(7) 障害厚生年金又は障害手当金の受給の原因となった傷病名				昭和 平成 年 月 日				円						
(8) (5)(6)の年金又は手当金の受給権を取得した年月日				昭和 平成 年 月 日				年金の合計額				円		
備考欄				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、こちら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。)										
⑰委任状欄	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。 平成 年 月 日								※支給区分					
	⑱被保険者の氏名(請求者)				氏名 印									
⑱振込先欄	◎会社を退職の方が、直接給付金を受け取る場合に記入。(委任状は不要)													
	銀行 信金 支店				普通・当座 フリガナ				口座番号 口座名義					

事業主が証明するところ	(b) 労務に服さなかった期間		年 月 日から 年 月 日まで 日間																																
	(c) 出勤は○で囲み、有給は△で、公休は公で、欠勤は/でそれぞれ表示して下さい。																																		
	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	計	出勤	有給
	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			
	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			
	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			
	(d) うえの期間中の分として、報酬の全部又は一部支給した場合又は支給する場合	I	(自)年	月	日	(至)年	月	日	日間	円	月 日	支払日額																							
		II	年	月	日	年	月	日	日間	円	月 日	支払日額																							
		III	年	月	日	年	月	日	日間	円	月 日	支払日額																							
		IV	年	月	日	年	月	日	日間	円	月 日	支払日額																							
(e) 現在までも、又将来も支給しない場合はその旨																																			
(f) うえのとおり相違ないことを証明します。 〒 平成 年 月 日 住所 電話番号 事業主 名称 氏名 印 ( )																																			

◎記載上の注意事項は別紙にあります。

(g) 傷病名					
(h) 発病又は負傷の年月日	年 月 日	(i) 療養の給付を開始した年月日	年 月 日		
(j) 発病又は負傷の原因					
(k) 労務不能と認められた期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間	(1) 左の期間中の診療実日数	日間		
(m) 傷病の主状態および経過概要					
(n) うえの(k)の期間中に入院した期間がある場合はその期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間	(o) 入院の費用の別	健保・公費 自費・その他		
(p) うえのとおり相違ありません。 〒 平成 年 月 日 住所(所在地) 電話番号 医師 医療機関名 氏名 印 ( )					

◎記載上の注意事項は別紙にあります。

社会保険労務士の提出代行者印		印
----------------	--	---

### 【共通の注意事項】

1. 字句を訂正する場合は、誤った字句を二本線で抹消してそのうえに正しい字句を記入し、各記入者の氏名わきに押した印と同じ印を訂正印として押して下さい。修正液等は使用しないで下さい。
2. 印ははっきりと押し、印漏れのないようにして下さい。
3. ⑫⑭(b)(d)(k)及び(n)の期間の計算は、両端を入れて間違いなく計算して下さい。たとえば、6月13日から6月19日までは、7日間となります。
4. ※印の欄は記入しないで下さい。

### 【被保険者の注意事項】

5. ①欄は、健康保険の被保険者証（保険証カード）の記号・番号を記入して下さい。
6. ③の印は、被保険者が自署した場合に限り押印の必要はありません。但し、⑱の印は必ず押して下さい。尚、③欄に押印した場合は③、⑱及び訂正印は同一の印を押して下さい。
7. ⑥欄は、被保険者の勤務している（していた）会社の名称を記入して下さい。
8. ⑦欄は「旋盤工」、「塗装工」または「事務員」などと具体的に記入して下さい。
9. ⑩欄は「いつ（○月○日午前○時）、どこで（自宅の庭で）、なにを（薪を）、どうしているうち（割っているうちに）、なにが（薪の）、どういうふうになって（破片が飛んで）、どこを（顔を）、どうした（裂傷した）」というように詳しく記入して下さい。また、2回目移行の請求の際は、症状、経過も記入して下さい。
10. ⑬欄は、請求書を提出するとき現在までのことを、「受けた」、「受けない」に、また将来のことを「受けられる」、「受けられない」にわけて二つの事項を○で囲んで下さい。
11. ⑮欄は、介護保険の被保険者証に書いてあります。
12. ⑯-④欄は、年金手帳、年金証書等に書いてあります。
13. ⑯-⑤⑥欄は、該当する文字を○で囲んで下さい。
14. ⑯-⑦⑧欄は、老齢又は退職を事由とする年金、障害年金及び障害手当金等を受けている場合または、受けられる場合、それぞれの支給を証する書類をみて記入して下さい。尚、それぞれの支給を証する書類の写（年金証書の写、支給期間並びに直近の額（年間）を証する書類、また、障害手当金の該当者はその支給額を証する書類）を添付して下さい。
15. 在職中は給付金の受領を会社代理人が行う為、必ず⑰欄の委任状に受任者の氏名、被保険者（請求者）の氏名を記入し、それぞれ押印して下さい。尚、退職後、直接給付金を受けられる方は(a)欄に請求者名義の銀行名等を記入して下さい。
16. 傷病が第三者の行為によるものであるときは、別に「第三者行為による傷病（死亡）届」を作成のうえ、この請求書に添付して下さい。
17. 証明書が外国語で記入されている場合は、翻訳者の住所・氏名を明記した翻訳文を添付して下さい。
18. 障害年金を受給している場合は、上記「14」の書類を添付して下さい。
19. 退職後の請求で老齢・退職年金を受給している場合は、上記「14」の書類を添付して下さい。
20. 備考欄は、記号番号に代えてマイナンバーで申請する場合のみマイナンバーを記入して下さい。なお、マイナンバーで申請する場合は、本人確認書類等が必要になります。

### 【事業主の注意事項】

21. (d)欄の「全部支給」または「一部支給」とは、1日当たりの賃金の全部または一部の意味で「有給」は「全部支給」に該当します。
22. (e)欄は、「現在までも、また将来も支給しない」などと記入して下さい。
23. 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、事業主の証明を要しません。
24. 字句を訂正する場合は、記入者の氏名のわきに押した印と同じ印を訂正印として押して下さい。
25. 在職者の請求の場合は、⑲欄に受領代理人の氏名を記入し、押印して下さい。

### 【医師の注意事項】

26. (i)欄は、(g)欄の傷病名の初診日を記入して下さい。
27. (j)、(m)欄は、なるべく詳しく記入して下さい。特に、手術した場合は手術の名称と手術の年月日を、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下さい。
28. (o)欄は、それぞれ該当する文字を○で囲んで下さい。
29. 字句を訂正する場合は、記入者の氏名わきに押した印と同じ印を訂正印として押して下さい。

## 傷病手当金の請求期間にかかる給与等の支払について

記 号 番 号	-	給与等の計算期間	欠勤控除の計算式
氏 名		日ノ　　日払	(基準月額) × $\frac{1}{\text{日}}$ 控除

基本給の額	種 別	金 額		諸 手 当 金 の 額	種 別	1 カ月分の額	労務不能期 間中の支給	備 考	
	月 額	月 額	円		手当	円	有・無		
	日給月給	基準月額	円		手当	円	有・無		
	日 給	日 額	円		手当	円	有・無		
	時 間 給	時 間 給	円		手当	円	有・無		
	備考				手当	円	有・無		
合 計						円			

基本給の支給	[労務に服さなかった期間]					(会社規定)			
	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで 日間					(1)会社規定により 年 月 日から全額不支給となる			
	[全額支給を受けた期間] (1日単位)					(2)会社規定により 年 月 日から一部不支給となる			
	/ ~ / 日分、支給額 円					(3)			
	/ ~ / 日分、支給額 円					(4)			
[一部支給を受けた期間] (1日単位)					(5)				
/ ~ / 日分、支給額 円					※組合決定欄				
/ ~ / 日分、支給額 円									
(          の          %)									
%で支給される場合は・・・ 円					控除額 _____ ・・・①				

諸手当金の支給	種 別	支 給 期 間	支給金額	備考 (各諸手当に関する会社規定を記入して下さい)
	手当	/ ~ /	円	
	手当	/ ~ /	円	
	手当	/ ~ /	円	
	手当	/ ~ /	円	
	手当	/ ~ /	円	
	合 計			円
控除額 _____ ・・・②				

決定欄	控除額 (①+②) = _____ 円
-----	---------------------