

傷病手当金支給決定決議						
支給金額	円		常務理事	事務長	担当者	決議年月日
						年 月 日
法定	自	年	月	日	日間(うち	②の内訳
	至	年	月	日	日間)	
	①	円 × $\frac{2}{3}$ ×		日 =	円	
	自	年	月	日	日間(うち	
備考	至	年	月	日	日間)	
	②	円 ×		日 =	円	
合計 (① + ②) =		円		資格取得年月日	年 月 日	
				資格喪失年月日	年 月 日	
			支給済期間	標準報酬月額		
			自 年 月 日	年 月 日から	千円	
			至 年 月 日	年 月 日まで		
			日間	年 月 日から	千円	

傷病手当金請求書(第 回目)

平成 年 月 日提出

被保険者記入欄	被保険者証記号・番号		被保険者の氏名及び印	印	昭和 年 月 日生	
	被保険者住所	(TEL)				
	事業所名称					
	資格取得日	昭和 年 月 日	所属			
	傷病名					
	発病又は負傷年月日	平成 年 月 日	原因			
	負傷の原因	どこで		どうして		
	療養のため休んだ期間	平成 年 月 日から	日間	左記期間のうちで	出勤	日
		平成 年 月 日まで			有給休暇	日
					その他()	日
	上記の期間中に報酬を受けた期間	平成 年 月 日から	日間	左記期間の報酬		
		平成 年 月 日まで		円		
入院したときはその病院等の	名称					
	所在地					
	入院期間	平成 年 月 日から	平成 年 月 日まで	日間		

振込先(被保険者)	金融機関名	店舗名	口座種別	口座番号	名義人(フリガナ)
			普通預金		

事業主証明欄	労務に服さなかつた期間	平成 年 月 日から	日間	出勤	有給休暇	()
		平成 年 月 日まで		日	日	日
	上記の期間中に報酬を受けた期間	平成 年 月 日から	日間	1. 病欠 平成 年 月 日より		
	報酬の金額など	円(月給・月給日給・日給・時給)		2. 休職 平成 年 月 日より		
備考			3. 出勤 平成 年 月 日より			
			4. 喪失 平成 年 月 日			
				5. その他()		
				1. 2. 4は初回のみ記入		
上記のとおり相違ないことを証明します。 平成 年 月 日						
印						

医師の証明欄	傷病名					
	発病又は負傷の原因					
	発病又は負傷年月日	平成 年 月 日	療養給付開始年月日	平成 年 月 日		
	労務不能と認めた期間	平成 年 月 日から	日間	左記期間中の診療日数	日	
		平成 年 月 日まで				
	傷病の症状及び労務不能と診断された事由など(詳細に)	就労可能見込 平成 年 月 日				
	上記期間中に入院したとき	平成 年 月 日から	日間	診療区分	健保・自費・その他	
	平成 年 月 日まで					
上記のとおり相違ないことを証明します。 平成 年 月 日						
医療機関所在地						
医療機関名称						
担当医師氏名						
印						
電話番号						

- (注意) 1. 傷病手当金は医師の指示により業務外の病気やケガの療養のため会社を休んだ日が連続して3日あった後、4日目から1年6ヶ月を限度として休んだ日に対して支給されます。
2. 支給額は、1日につき標準報酬日額の3分の2に相当する額です。ただし、ア、イ、ウに該当する場合は、傷病手当金の支給額が調整されます。
- ア. 会社から報酬の支給を受けた場合
- イ. 同一の傷病により障害厚生年金等を受けている場合
- ウ. 退職後、老齢厚生(基礎)年金および企業年金等を受けている場合

- ・ア〜ウの支給日額が、傷病手当金の日額より少ないときは、その差額が支給されます。
- ・イ、ウの場合は、年金証書の写し、直近の支給額を証明する書類(年金支払通知書、支給額変更通知書など)の写しを添付してください。

(記入上の注意) 鉛筆ではなくボールペン等で記入してください。訂正される場合は、その箇所を二重線で抹消して訂正印を押し、その上に正しくご記入ください(修正液は使用しないでください)。

傷病手当金支給決定決議						
支給金額	円		常務理事	事務長	担当者	決議年月日
						年 月 日
法定	自 年 月 日	至 年 月 日	②の内訳			日間(うち 日間)
	① 円 × $\frac{2}{3}$ × 日 = 円					
	自 年 月 日	至 年 月 日				日間(うち 日間)
	② 円 × 日 = 円					
合計 (① + ②) = 円		資格取得年月日		年 月 日		
		資格喪失年月日		年 月 日		
備考			支給済期間		標準報酬月額	
	自 年 月 日	至 年 月 日	年 月 日から		千円	
	日間		年 月 日まで		千円	

傷病手当金請求書 (第 ○ 回目)

平成○○年 ○月 ○日提出

被保険者記入欄	被保険者証記号・番号	○○	被保険者の氏名及び印	健保 太郎 印	昭和 ○○年 ○月 ○日生	
	被保険者住所	〒○○○-○○○ 西宮市○○町○○-○○ (TEL.○○○-○○-○○○)				
	事業所名称	伊藤ハム株式会社				
	資格取得日	昭和 ○○年 ○月 ○日	所属	○○○○		
	傷病名	○○○○				
	発病又は負傷年月日	平成 ○○年 ○月 ○日	原因	(病気のときに記入) ○○○○○○のため		
	負傷の原因	どこで		どうして		
		(ケガのときに記入) ○○○○○○○○○		(ケガのときに記入) ○○○○○○○○○		
	療養のため休んだ期間	平成 ○○年 ○月 ○日から	○日	左記期間のうちで	出勤	日
		平成 ○○年 ○月 ○日まで	○日		有給休暇	日
				その他(欠勤...など)	○日	
上記の期間中に報酬を受けた期間	平成 年 月 日から	日間	左記期間の報酬 円			
入院したときはその病院等の	名称	この欄に該当する場合はご記入ください				
	所在地					
	入院期間	平成 年 月 日から	平成 年 月 日まで	日間		

振込先 (被保険者)	金融機関名	店舗名	口座種別	口座番号	名義人 (フリガナ)
	△△△銀行	△△△支店	普通預金	△△△△△△	ケンボ 健保 太郎

事業主証明欄	労務に服さなかった期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	出勤	有給休暇	()
	上記の期間中に報酬を受けた期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	日	日	日
	報酬の金額など	円 (月給・月給日給・日給・時給)	1. 病欠 平成 年 月 日より 2. 休職 平成 年 月 日より 3. 出勤 平成 年 月 日より 4. 喪失 平成 年 月 日 5. その他 ()		
	備考	1. 2. 4は初回のみ記入			
上記のとおり相違ないことを証明します。 平成 年 月 日					
印					

医師の証明欄	傷病名				
	発病又は負傷の原因				
	発病又は負傷年月日	平成 年 月 日	療養給付開始年月日	平成 年 月 日	
	労務不能と認めた期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	日間	左記期間中の診療日数	日
	傷病の症状及び労務不能と診断された事由など (詳細に)	就労可能見込 平成 年 月 日			
	上記期間中に入院したとき	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	日間	診療区分	健保・自費・その他
上記のとおり相違ないことを証明します。 平成 年 月 日					
医療機関所在地					
医療機関名称					
担当医師氏名					
電話番号 印					

- (注意) 1. 傷病手当金は医師の指示により業務外の病気やケガの療養のため会社を休んだ日が連続して3日あった後、4日目から1年6ヶ月を限度として休んだ日に対して支給されます。
2. 支給額は、1日につき標準報酬日額の3分の2に相当する額です。ただし、ア、イ、ウに該当する場合は、傷病手当金の支給額が調整されます。

- ア. 会社から報酬の支給を受けた場合
イ. 同一の傷病により障害厚生年金等を受けている場合
ウ. 退職後、老齢厚生(基礎)年金および企業年金等を受けている場合
・ア〜ウの支給日額が、傷病手当金の日額より少ないときは、その差額が支給されます。
・イ、ウの場合は、年金証書の写し、直近の支給額を証明する書類(年金支払通知書、支給額変更通知書など)の写しを添付してください。

(記入上の注意) 鉛筆ではなくボールペン等で記入してください。訂正される場合は、その箇所を二重線で抹消して訂正印を押し、その上に正しくご記入ください(修正液は使用しないでください)。