

令和 年 月 日 起案

令和 年 月 日 決裁

令和 年 月 日 執行

常務理事	事務長	部長	課長	担当者

健康保険 傷病手当金支給申請書 (第 1 回)

支給期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間	支給額 計 算	標準報酬日額×2/3×日数－(控除調整額) ＝傷病手当金
支給決定額	円			()円×2/3×()日－() ＝ 円
その他 (備考)		傷手支給開始日	年 月 日	
		前回までの支給日	年 月 日	

※ 被保険者が記入するところ

被保険者等 記号・番号	50	100	被保険者の 生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 55 年 3 月 31 日 <input type="checkbox"/> 平成
被保険者氏名	連合 太郎		被保険者の 資格を取得 した年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 20 年 4 月 1 日 <input type="checkbox"/> 令和
被保険者 (申請者) の住所	〒 530 - 0000 大阪市北区〇〇町 〇-△-□ 電話 06 (1234) 5678			
発病または 負傷の年月日	令和 2 年 8 月 21 日	傷病名	胃潰瘍	
発病または 負傷の原因	不詳			
療養のために 休んだ期間 (申請期間)	令和 2 年 8 月 21 日 から 令和 2 年 9 月 30 日 まで	41 日間	あなたの 具体的な 仕事の内容	経理担当事務
上記の療養のために休んだ期間(申請期間)の報酬を受けましたか。	<input checked="" type="checkbox"/> 受けた ・ <input type="checkbox"/> 受けない			
上記で「受けた」と答えた場合、その報酬の額と、その報酬の基礎となった期間を記入してください。	令和 2 年 8 月 1 日 から 令和 2 年 8 月 31 日 まで			20,000 円
障害厚生年金又は障害手当金を受けていますか	<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> 請求中 <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	受給の原因となつた傷病名	年金受取額がわかる年金額通知書(写)を添付してください。	
(※ 資格喪失者の方) 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。	<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> 請求中 <input type="checkbox"/> いいえ	年金受取額がわかる年金額通知書(写)を添付してください。		
労働者災害補償保険法による休業補償は受けていますか	<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> 請求中 <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	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	

委任状 上記保険給付金の受領を事業所担当者 健保 ○子 に委任する。

令和 2 年 10 月 10 日

被保険者

連合 太郎

※ 事業主が証明するところ (該当期間にかかる賃金台帳及び出勤簿(タイムカード)の写しを添付してください。)

労務に服することができなかった期間		令和 2 年 8 月 21 日 から 令和 2 年 9 月 30 日 まで		41 日間		
賃金支給状況等について	給与の種類 (○で囲んでください。)	月給 ・ 日給 ・ 日給月給		賃金計算	締日	末日
		時間給 ・ 歩合給 ・ その他			支払日	当月 翌月 24 日
	上記の労務に服することができなかった期間に対して、賃金を支給しました(します)か？			支給した(する)		
				支給してない(しない)		
	労務に服することができなかった期間を含む賃金支給状況を記入してください。					
	支給期間	単価	8 月 1 日 ~ 8 月 31 日分	9 月 1 日 ~ 9 月 30 日分	月 日 ~ 月 日分	● 賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)について、記入してください。 ○8月欠勤控除額 基本給 270,000円…① 所定日数 23日…② 欠勤 9日…③ ①÷②×③=105,652円 ○通勤手当 7月~9月の3ヶ月分として 60,000円を7月に支給。 8月分返却なし。 9月分返却あり。
	区分		支給額	支給額	支給額	
基本給	270,000	164,348	0			
通勤手当	20,000	20,000	△ 20,000			
住居手当						
扶養手当						
計	290,000	184,348	△ 20,000			
上記のとおり相違ありません。		令和 2 年 10 月 10 日				
事業所所在地	〒 530 - 0000 大阪市北区○町 ○-○-○					
事業所名称	丸紅○×○× 株式会社					
事業主氏名	山田 ○男		電話 06 (1111) 1111			

※ 療養担当者が意見を記入するところ

記入した内容を訂正する場合は、訂正印は原則不要になりますが、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と訂正者の氏名(サイン)を記入してください。

患者氏名	連合 太郎		
傷病名	胃潰瘍	診療開始年月日	令和 2 年 8 月 21 日
発病又は負傷の原因	ストレスが原因と思われる。	発病又は負傷の年月日	平成 2 年 8 月 21 日 令和
労務不能と認められた期間	令和 2 年 8 月 21 日 から 令和 2 年 9 月 30 日 まで	41 日間	左の期間中の診療実日数 13 日間
上の期間中のうち入院期間	令和 2 年 8 月 21 日 から 令和 2 年 8 月 31 日 まで	11 日間	転帰 治癒(年 月 日)・ 継続 ・中止・転医
・労務不能と認められた期間中における「主たる症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等			
内視鏡検査の結果、胃に潰瘍を認め、潰瘍の切除および入院治療を必要とした。術後経過良好につき退院。その後、自宅にて療養するよう指示した。			
・症状経過からみて従来の職種について労務不能と認められた医学的な所見			
安静による経過観察をする必要があり、退院後1ヶ月間は労務不能であった。			
上記のとおり相違ありません。		令和 2 年 10 月 5 日	
医療機関の所在地	〒 530 - 0000 大阪市北区○○町 1-2-3		
医療機関の名称	○×○×病院		
医師の氏名	伊藤 ○男		電話 06 (2222) 2222