

# 傷病手当金を請求するとき

病気やケガのために働くことができず、連続して4日以上休んでいるとき、4日目より傷病手当金が支給されます。傷病手当金を請求するときは、「傷病手当金請求書」にてご請求ください。

※休んだ期間について事業主から傷病手当金の額より多い給与の支給を受けた場合には傷病手当金は支給されません。

申請書類：「傷病手当金請求書」

請求期限：労務に服さなかった日ごとにその翌日から2年以内

添付書類：「請求期間にかかる出勤簿（写）」

「請求期間にかかる賃金台帳（写）」

被保険者名は、必ず自署でご記入ください

事業主様に記入をご依頼ください。  
※事業主様は、証明欄すべてご記入ください。(必須)

傷病手当金請求書		第 1 回目			
被保険者証記号	123	番号	9999	事業所名	株式会社○○○
生年月日	昭和44年4月8日生	資格取得日	令和2年4月1日	業務の内容(種別)	理容師
被保険者(請求者)の氏名	理容 太郎				
被保険者の現住所	〒000-0000 東京都中央区日本橋大伝馬町0-0 BYOUアパート0号室				
疾病又は負傷の療養をするために休んだ期間(請求期間)	令和4年1月6日から 令和4年1月31日まで 26 日間				
傷病名	骨折				
療養の状況	平成4年1月5日頃 スキー場				
療養の状況(医師からの指示内容)	休日、スノーボードで転倒し負傷。 休んだ期間の療養やどのように過ごしたのかを具体的に(通院・治療状況等) 連続休日は患部の痛みがひかず安静に過ごした。その後、荷重がかからないよう注意しながら、自宅でもリハビリをして過ごした。 患部に荷重がかからないように安静に過ごすこと。				
障害年金の受給状況について	障害年金 受けている・請求中 ⇒ 受給原因となった傷病名 年額 円				
労災保険からの休業補償給付について	休業補償給付 受けている・請求中 ⇒ 請求先(監督署) 労働基準監督署				
退職後の年金の受給状況について	退職後の年金 受けている・請求中 ⇒ 年金制度 年額 円				
受取代理人の欄	本請求に基づき(給付金)に関する受取を代理人に委任します。 令和 年 月 日 被保険者(請求者)の氏名 代理人の住所 氏名				
支払金融機関	金融機関コード 1234 支店コード 123 本店 支店 ○○○ ×××				
口座番号	普通・当座 1 2 3 4 5 6 7				
口座名義(カタカナ)	リョウ タロウ				

資格取得日	資格喪失日	年	月	日	標準	千円
令和4年1月6日	令和4年1月31日	26	日間	実休日	10	日私
業務内容	理容師					
労務に服さなかった期間	1月 2日 3日 4日 5日 6日 7日 8日 9日 10日 11日 12日 13日 14日 15日 16日 17日 18日 19日 20日 21日 22日 23日 24日 25日 26日 27日 28日 29日 30日 31日					
欠勤控除の有無	無 (有 ⇒ 算出方法を記入)					
欠勤控除の算出方法	170,000 円 (その他(手当)) × 21 日 × 17 日					
事業主所在地	東京都中央区銀座0-0					
事業所名	株式会社○○○					
事業主名	代表取締役○○○					
電話	00 (0000)					
傷病名	① ② ③		初診年月日	① ② ③		療養開始年月日
療養の負担	(イ) 労務不能と認められた期間		令和 年 月 日	期間		左の
医師が意	(イ)の期間中に入院した期間		令和 年 月 日から	転帰		治療
医師の見	(イ)の期間に於ける主治医		病院記入欄			
意	検査内容		療養の指示内容 経過概要			
見	治療の指示内容		療養の指示内容 経過概要			
か	(イ)の期間の診察から医師の診断にて労務不能と認められた医学的所見		令和 年 月 日			
く	うえのとおり相違ありません。		医療機関所在地			
こ	医療機関名		医師氏名			
こ	医師氏名		電話 ( )			
こ	社会保険労務士の提出代行印		番			

請求期間は、必ずご記入ください

欠勤控除の算出方法をご記入ください。(必須)  
※枠内に収まらない場合は、賃金台帳にご記入ください。

被保険者以外の方が、傷病手当金を受け取る場合には、被保険者氏名欄、代理人欄をそれぞれ、自署でご記入ください。

被保険者本人の振込口座をご記入ください。なお、代理人の方が受け取る場合には代理人の口座をご記入ください。

医師の意見欄ですので、医療機関にて必要事項を記入いただいでください。(必須)