

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を請求することができます。請求の際は、「傷病手当金請求書」にてご請求ください。1日につき標準報酬日額の2/3相当額が支給されます。ただし、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があった場合には、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」(単票)

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)」

被保険者印を必ずご捺印ください。

被保険者以外の方が傷病手当金を受け取る場合には、被保険者氏名のご記入・被保険者印ご捺印のうえ、代理人の欄にご記入・ご捺印ください。

事業主の証明欄ですので、事業主様は必要事項をご記入ください。(必須)

代表者印のご捺印をお願いいたします。

傷病手当金請求書		第1回目
被保険者証 記号 12345 番号 9999	事業所名 株式会社	
生年月日 大正昭和 平成 47年5月11日生	資格取得日 19年4月1日	
被保険者の氏名 ケンポ タロウ	業務の内容(種別) 美容師	
被保険者の現住所 東京都中央区日本橋大伝馬町	〒 103-0011 電話 03-4321-8756	
(ア) 疾病又は負傷の療養をするために休んだ期間(請求期間) 平成19年5月23日から平成19年6月1日まで	10日間	
(イ) 受けた(ア)の期間で事業所から報酬を受けられなかった(ア)の期間中(請求期間) 平成19年5月22日	1日	
傷病名 急性虫垂炎	左記の傷病は第三種によるものですか はい () いいえ ()	
いつ 平成19年5月22日	どこで 帰宅後自宅にて発症	
傷病・負傷の原因 5/22夜中に激しい腹痛に襲われ、救急外来を受診。原因は不明とのこと		
療養の状況 休んだ期間の病状やどのように過ごしたのかを具体的に(通院・治療状況等) 5/23~28までは、病院に入院し点滴等の治療を受けていた。28日に退院したが、医師に4~5日の自宅療養を指示されたので、休みをとった。		
医師からの指示内容 退院後は、規則正しい生活を心がけ、刺激物等の摂取は避けるように。		
障害年金の受給状況 障害年金を受け付けていない。請求中	受給原因 なった傷病名	
(ア)の期間に報酬(給与等)がありましたか 受けていない	請求中 受給開始年月日	
老齢・退職による公的年金を受け付けていない	年金制度 名称	
受取代理人の氏名 ケンポ タロウ	住所 氏名	
金融機関コード 1 2 3 4	支店コード 1 2 3	
銀行 口座番号 普通 当座	1 2 3 4 5 6 7	
口座名義 ケンポ タロウ		
事業主の証明欄	資格取得日 年月日 種別 賞格喪失日 年月日 種別 業務取得日 年月日 種別 被保険者の氏名 業務の内容 美容師 請求期間 平成19年5月23日から平成19年6月1日まで 10日間 出勤簿 5月 23 24 25 26 27 28 29 30 31 6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 欠勤控除の有無 算出方法を記入 欠勤控除の算出方法 72,728円 その他(住宅手当) 2,000円 × 8日 業務所所在地 株式会社 東京都中央区日本橋大伝馬町 代表取締役 健保 一郎 電話 03(1234) 5678番	
傷病名 急性虫垂炎	初診年月日 平成19年5月22日	
傷病・負傷の原因 急性虫垂炎	傷病・負傷年月日 平成19年5月22日	
労務不能と認められた期間 平成19年5月22日	左の期間中の診療日数 1日	
入院した期間 平成19年5月22日	転帰 治療・継続・中止・転院	
医師の意見欄 治療・検査・手術 検査 手術 医師記入欄		

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・捺印いただいでください。(必須)