

健康保険 傷病手当金 支給申請書

1 2 3 4

事業主記入用

記入例

1 被保険者氏名 協会 太郎

2 【出勤は○】で、【有給は△】で、【公休は公】で、【欠勤は／】でそれぞれ表示してください。

平成 26 年 4 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 4 日 1 日

平成 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 日 日

3 上記の期間に対して、賃金を支給しました(します)か? はい いいえ

4 給与の種類 月給 時間給 日給 歩合給 日給月給 その他

資金計算 締日 15 日 支払日 当月 25 日

5 期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況をご記入ください。

区分	単価	4月16日 ～ 5月15日分	月 日 月 日 ～ 日分	支給額	支給額
基本給	300,000	135,000			
通勤手当	120,000				
住居手当	20,000	20,000			
扶養手当					
手当					
現物給与					
計	440,000	155,000			

資金計算方法(欠勤控除計算方法等)についてご記入ください。
基本給次勤控除あり
300,000円÷20日×11日
=165,000円
通勤手当次勤控除なし
12/25 6か月定期券代
(1月～6月分)として
120,000円支給
住居手当次勤控除なし

上記のとおり相違ないことを証明します。 平成 26 年 5 月 21 日 担当書記 〇〇 〇〇

事業所所在地 東京都千代田区△△ 1-1
事業所名称 ○〇株式会社
事業主氏名 健保 三郎 電話 03 () () () ()

【被保険者の方へ】

- お勤め先の事業所に証明を受けてください。資格喪失日以降の期間に関する申請については、空欄でご提出ください。

【事業主の方へ】

- 労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間(賃金計算の締日の翌日から締日の期間)の勤務状況について、出勤した場合は○で、有給の場合は△で、公休日の場合は公で、欠勤の場合は／で表示してください。
- 給与の種類について、該当する給与の種類を選んでください。
- 賃金計算の締日および賃金の支払日をご記入ください。
- 労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間における賃金支給状況についてご記入ください。また、賃金支給状況がわかるよう、賃金計算方法や欠勤控除計算方法等をご記入ください。

健康保険 傷病手当金 支給申請書

1 2 3 4

療養担当者記入用

記入例

1 患者氏名 協会 太郎

2 傷病名 (1) 鎖骨骨折 (2) (3)

3 療養の給付開始年月日(初診日) (1)平成 26 年 4 月 22 日 (2)平成 年 月 日 (3)平成 年 月 日

発病または負傷の年月日 平成 26 年 4 月 22 日 発病 負傷

4 労務不能認められた期間 平成 26 年 4 月 22 日から 平成 26 年 5 月 12 日まで 21 日間

発病または負傷の原因 左肩部強打

うち入院期間 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 療養費用の別 健保 公費 自費 その他

5 診療日数 5 日

診療日 4 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

〇で囲んでください 5 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

上記の期間における「主たる症状および経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等(詳しく)

鎖骨を骨折し、4/22初診。鎖骨バンドで鎖骨を固定。固定するまで安静とし、固定後リハビリが必要。症状軽微からみて従来の職種について労務不能と認められ、医学的に労務不能と判断した。

人工透析を実施または人工透析を依頼したとき 透析 平成 年 月 日 人工臓器等の種類 人工心臓 人工腎臓 人工肺 心臓ペースメーカー 人工透析 その他

上記のとおり相違ありません。 平成 26 年 5 月 22 日

医療機関の所在地 東京都品川区△△ 1-1
医療機関の名称 ○〇総合病院
医師の氏名 保陵 五郎 電話 03 () () () ()

【被保険者の方へ】

- 療養担当者(医師等)の意見を受けてください。

【療養担当者の方へ】

- 複数の傷病名がある場合、(1)から主たる病名を順次ご記入ください。
- 左の傷病名について、その傷病の初診の日をご記入ください。
- 治療期間でなく、療養のため就労できなかったと認められる期間とその日数をご記入ください。また、証明日以前の期間をご記入ください。
- 症状および経過、労務不能と認められた医学的な所見を詳しくご記入ください。