

傷病手当金支給申請書

(回目)

※傷病手当金の支給申請回数を記入してください。

被保険者証の 記号と番号	記号	番号	事業所名	○○○○○○○○			
	XX	XXXX					
被保険者氏名	読売太郎 (印)		被保険者の 生年月日	昭和 平成	XX 年	XX 月	XX 日
被保険者の住所	〒 XXX - XXXX ○○○○○○○○○○ ○-○○						
被保険者の連絡先	電話番号	XX - XXXX - XXXX	携帯番号	XXX - XXXX - XXXX			
	療養のため 休んだ期間 (申請期間)	平成 27 年 5 月 1 日 まで	31 日間				
	平成 27 年 5 月 31 日 まで						
被保険者名義の振込銀行口座を記入してください。							
振込先	銀行名		支店名	種別	口座番号		
	○○銀行		○○支店	普通	123456		
①上記療養のため休んだ期間(申請期間)に対する報酬を受けましたか、または今後受けられますか。						報酬額	
<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		報酬の基礎となった期間	平成 27年 5月 1日～ 27年 5月 31日	150,000 円			
			平成 年 月 日～ 年 月 日	円			
②「障害厚生年金」または「障害手当金」を受給中または請求中の方は記入してください。							
年金種別		年金受給事由の傷病名			年金額		
<input type="checkbox"/> 障害厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害手当金					円		
年金受給開始年月日		障害厚生年金の基礎年金番号		年金コード			
<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日							
③健康保険の資格喪失者または任意継続被保険者の方は記入してください。							
老齢または退職が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				
老齢(退職)年金の名称		年金受給開始年月日	基礎年金番号	年金額			
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日		円			
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日		円			

※被保険者証の「記号、番号」～「携帯電話」までを記入してください。

※療養のため休んだ期間(申請期間)と日数を記入してください。

※傷病手当金の振込先(被保険者名義)を記入してください。

※①所属事業所や所属事業所以外からの報酬(給与等)がある場合は「 はい」に し、報酬の基礎となった期間、報酬額を記入してください。ない場合は「 いいえ」に してください。
所属事業所以外からの報酬がある場合は、報酬額及び勤務状況を証明する書類(写し)を添付のこと。

※②障害厚生年金または障害手当金の受給者は、「年金種別」～「年金コード」までを記入し、年金証書や年金額を証明する書類(写し)を添付のこと。

※③健康保険の資格喪失者または任意継続被保険者で、公的年金を受給中または請求中の方は、「 はい」または「 請求中」に し、「老齢(退職)年金の名称」～「年金額」までを記入し、年金証書や年金額を証明する書類(写し)を添付のこと。
公的年金を受給していない方は、「 いいえ」に してください。

<添付書類> 診断書の写し

※保険医証明の診断書(写し)を添付のこと。

傷病名	胃潰瘍					
発病負傷の原因	日常生活によるストレス			転帰	<input checked="" type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 繰越 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 転医	
発病負傷の年月日	平成 27 年 4 月 20 日		診療開始日	平成 27 年 4 月 30 日		
就労不能と認められた期間	平成 27 年 5 月 1 日 から	31 日間	入院期間	平成 年 月 日 から	日間	
	平成 27 年 5 月 31 日 まで			平成 年 月 日 まで		
診療 実日数	2 日	診療日を ○ 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			
		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			
		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			
上記のとおり相違ないことを証明します。						
平成 27 年 6 月 10 日		所在地 :	○○○○○○○○○○○○			
		医療機関名 :	○○○○○○○○○○			
大阪読売健康保険組合 殿		医師の氏名 :	○○○○○			(印)
		電話 :	XXX (XXXX) XXXX			

※「傷病名」～「診療実日数」、「診療日 ○」までを記入してください。

※証明は、就労不能と認められた期間が経過した後に記入してください。

<添付書類> 出勤簿および賃金台帳の写し (傷病手当金支給申請期間の月分と前1か月分の出勤簿および賃金台帳を提出してください)			
支給申請期間に対して賃金を支給しましたか		給与の種類	
<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		<input checked="" type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> その他	
		締日	支払日
		月末 日	<input checked="" type="checkbox"/> 当月 25 日 <input type="checkbox"/> 翌月 日
支給申請期間に対する賃金支給状況を記入してください。			
賃金支給状況	賃金計算期間		5 月 1 日～ 5 月 31 日 月 日～ 月 日 月 日～ 月 日
	賃金種別		
	月給		150,000 円 円 円
	日給		円 円 円
	通勤交通費	月数記入又は <input checked="" type="checkbox"/> 6ヶ月分 <input type="checkbox"/> 日額 支給期間 2月 1日～ 7月 31日 支給額 26,250 円	円 円 円
	その他1	()	円 円 円
	その他2	()	円 円 円
	その他3	()	円 円 円
総支給額		176,250 円 円 円	
※賃金計算方法(欠勤・休職控除等)を記入。		月給、通勤交通費とも、欠勤日数分を控除 計算式は、-----	
賞与支給が年4回以上ある事業所は、傷病手当支給申請期間を含む賞与支給対象期間の賞与支給予定を記入してください。			
賞支給予定	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	※申請時の標準報酬月額とされた報酬月額に含んだ賞与額を記入してください。	
		報酬月額に含んだ賞与額	156,780 円
上記のとおり相違ないことを証明します。			
平成 27 年 6 月 18 日	所在地 : ○○○○○○○○○○○○		
担当者氏名 : ○○○○	事業所 名称 : ○○○○○○○○		
	代表者氏名 : ○○○○	(印)	
	電話 : XXX (XXXX) XXXX		

※傷病手当金支給申請期間の月分と前1か月分の出勤簿および賃金台帳を提出してください。

※傷病手当金支給申請期間に対して賃金を支給または支給する場合は、「 はい」にし、「給与の種類」～「支払日」までと「賃金支給状況」を記入してください。
支給しない場合は「 いいえ」にしてください。

※賃金支給状況は、傷病手当支給申請期間を含む賃金計算期間に対する実支給額を記入してください。
給与の種類が「月給」の場合は、賃金種別の月給欄に、「日給」または「時給」の場合は、日給欄に記入してください。

※通勤交通費を数ヶ月単位(例:6ヶ月定期)で支給している場合は、○ヶ月分を記入、日給で支給している場合は、「 日給」にしてください。
支給期間、支給額は全体のもを記入してください。
賃金計算期間に対する通勤交通費は、同期間に対する実支給額を記入してください。(同期間分を全額返金している場合は「0 円」としてください)

※その他を記入する場合は、()内に賃金種別を記入してください。

※欠勤や休職等による減額がある場合は、計算方法(算定式等)を記入してください。

※賞与支給が年4回以上ある場合は、申請期間に対する支給額が調整の対象になりますので記入してください。

傷病手当金支給申請時の標準報酬月額とされた報酬月額に含んだ賞与額を記入してください。

※証明は、傷病手当金支給申請期間(療養のため休んだ期間)を含む賃金計算期間の賃金が確定した後に記入してください。

備考	
----	--

社会保険労務士の提出代行者印

受付印

※社会保険労務士の提出代行者欄は、該当事業所のみ記入してください。

※受付印は、健保組合の受付用です。

請求1回目または健保組合が求めた場合にご記入ください

大阪読売健康保険組合 理事長殿

同 意 書
(誓 約 書)

平成 XX 年 XX 月 XX 日

<被保険者証>

記号	XX	番号	XXXX
----	----	----	------

被保険者氏名	○○○○○	印
--------	-------	---

私は、貴組合の傷病手当金の支給について、関係諸機関に照会することに同意します。

後日、本件については、貴組合に対して一切の異議申し立てをしません。