|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 常務理事 | 事務長 | 担当者 | 担当者 |
|  |  |  |  |

**傷病手当金請求書（第　　回目）**

**※被保険者は、太枠の中を記入してください。（１/２）**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被　　保　険　者　記　入　欄 | 被保険者証記号-番号 |  -  | 事業所名所属部所 |  |
| 被保険者氏名(ﾌﾘｶﾞﾅ) | 生年月日 | S / H 　　 年　　　月　　　日 |
| (ﾌﾘｶﾞﾅ) |
| 資格取得日 | S / H / R　 年　　　月　　　日 |
| 資格喪失日 | R　　 　年　　　月　　　日 |
| 住所 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　℡ |
| 傷　病　名 |  | 発病(負傷)年月日 | H / R 　　年　　月　　日 |
| 発病の状態又は負傷の原因 |  | 第三者行為によるものですか | いいえ　・　はい |
| 上記傷病で休んだ期間（請求期間） | H / R　 年　　月　　日　から　H / R 　 年　　月　　日まで　　日間 |
| 療養の状況 | ※休んだ期間の症状や日常生活の状況、どのように療養されているか等、具体的にご記入ください。 |
|  |
| 老齢厚生年金の受給 | □有　□無　□申請中「有」の場合は「年金証書」の写しを添付 | 「有」または「申請中」の場合 | 基礎年金番号 |  |
| 障害厚生年金障害手当金の受給 | □有　□無　□申請中「有」の場合は「年金証書」の写しを添付 | 支給事由となった傷病名 |  |
| 労働者災害補償保険休業補償給付の受給 | □有　□無　□申請中 | 「有」または「申請中」の場合 | 支給元（請求先）の労働基準監督署 | 労働基準監督署 |

【医療機関様へのお願い】※意見書は、必ず全項目のご記入をお願いします。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 医　師　意　見　欄 | 傷　病　名 |  | 発病(負傷)の原因 |   |
| 上記傷病の診療開始日 | H / R　　 年 　　月 　　日 | 発病(負傷)年月日 | H / R 年 　　月 　　日 |
| 労務不能と認めた期間 | H / R　　年　　月　　日から H / R　　年　　月　　日まで　　日間 | 診療実日数　　　　　　　日 |
| 上記のうち入院期間 | H / R　　年　　月　　日から H / R　　年　　月　　日まで　　日間 |
| 上記期間中における「主たる症状および経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等の詳細  |
| 経過症状より今後労務不能と認められる期間　　　　　　年　　　　月　　　　日　まで労務不能の見込み ・ 治癒 ・ 不明 |
| 上記のとおり相違ありません。　　　　　　　　　　　　　証明日　　　令和　　　年　　　月　　　日医療機関所在地医療機関名称医師の氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**㊞**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

※下記請求期間にかかわる出勤簿及び賃金台帳の写しを添付してください。　　　　　　　　**（２/２）**

|  |  |
| --- | --- |
| 事　業　主　証　明　欄 | ※在職中の期間について証明（被保険者の資格喪失後の期間についての事業主の証明は不要です） |
| 労務に服さなかった期間 | H / R　　年　　月　　日から H / R　　年　　月　　日まで　　　日間 |
| 　　出勤状況　　　　　月 | 【欠勤＝ ○】【出勤＝ ×】【年休＝△】【公休日＝ □】と該当日に表示してください。 |
| １ | ２ | ３ | ４ | ５ | ６ | ７ | ８ | ９ | １０ |  | 欠勤　　　　日出勤　　　　日年休　　　　日公休　　　　日 |
| １１ | １２ | １３ | １４ | １５ | １６ | １７ | １８ | １９ | ２０ |  |
| ２１ | ２２ | ２３ | ２４ | ２５ | ２６ | ２７ | ２８ | ２９ | ３０ | ３１ |
| 出勤状況　　　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 |
| 給与の形態 | （該当箇所に○）　　時 給　　・　　日 給　　・　　日 給 月 給　　・　　月 給 |
| 上記のとおり相違ないことを証明します。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日事業所所在地事業所名称事業主氏名 |
|  | 振 込 先 | 銀行・信用金庫・農協 | 支店・出張所 |
| 普　通　・　当　座 | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| 名 義 人 | （フリガナ） |
| （漢　　字） |
| 退職後の請求 | **退職後、任意継続の方**はこちらに記入してください。 |
| 今回の請求期間において、給与収入・雇用保険の基本手当（失業給付）の受給はありません。上記のとおり相違ありません。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　令和　　　年　　　月　　　日被保険者住所　被保険者氏名　（請求者氏名） |

備考欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 支　給　決　議　書 | 支給期間 | 　年　月　日～　年　月　日（　　日間） | 支給算定基礎 |
| 入院期間 | 　年　月　日～　年　月　日（　　日間） |  |
| 資格取得年月日 | S / H / R　　年　　月　　日 |
| 資格喪失年月日 | H / R　　　　年　　月　　日 |
| 標準報酬日額 | 　　　　　　　　　円 |
| 支給額（傷病手当金） | 　　　　　　　　　円 |

**＜健保記入欄＞**

|  |
| --- |
| 受　付　印 |
|  |

【ライオン健康保険組合】202201