

◎傷病手当金の支給目的

傷病手当金の支給は、疾病に対する療養の給付(医療機関での治療・投薬等)を行い、療養に専念した上で病気やケガを治し、労働力を早期に回復することが主な目的であるため、「療養の給付をなすこと」が必要です。

- 正しい療養とは 1. 医師から通院の指示が出されている場合は、指示に従い受診する
2. 医師が薬による治療が必要とし処方箋を交付した場合は、指示に従い調剤薬局で薬を受け取り服薬する等

(訂正は、④の印による押印訂正をお願いします。修正液・修正テープ等での訂正は認められません)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	② 健康保険証の記号と番号	記号	番号	③ 被保険者(請求者)の氏名・生年月日	(フリガナ)	④	
	⑤ 被保険者(請求者)の現住所	〒			昭・平・令 年 月 日	日中連絡のとれる電話番号 自宅 - - 携帯 - -	
	⑥ 事業所名称			⑦ 傷病名			
	⑧ 被保険者資格取得年月日	昭・平・令 年 月 日	⑨ 仕事の内容(具体的に)	⑩ 他人の行為による負傷ですか	はい・いいえ		
	⑪ 発病または負傷の原因			⑫ 発病または負傷年月日	昭・平・令 年 月 日		
	⑬ 療養のために休んだ期間(請求期間)	平・令 年 月 日から 平・令 年 月 日まで 日間 〔一部就労日があるとき〕上記期間から、就労日()を除く					
	⑭ 請求期間中(⑬)の療養状況	請求期間中(⑬)の病状を詳しく記入してください 医師からの治療に関する指示内容					
	⑮ ⑬に記入した期間分の報酬を支給されましたか。または今後支給されますか。	はい・いいえ	⑯ ⑮で「はい」と答えた場合、その報酬の額とその報酬支払の基礎となった(なる)期間	平・令 年 月 日から 平・令 年 月 日まで 円			
	⑰ 労災保険から休業補償を受けている期間の請求ですか。	はい・労災申請中・いいえ	⑱ ⑰で「はい」または「労災申請中」と答えた場合、申請先の労働基準監督署名	労働基準監督署			
	⑲ 「障害厚生年金」または「障害手当金」について	受給中・請求中・無し	年金番号	傷病名	年 額 円		
	⑳ 「資格を喪失している方のみ」 「老齢年金」について	受給中・請求中・無し	年金番号	年 額		円	
	㉑ 介護保険法のサービスを受けた時	保険者番号	被保険者番号	保険者名称			
	㉒ 照会に関する同意欄 ※右記に☑を記入	<input type="checkbox"/> 私は、傷病手当金の支給可否に関する調査のため、東京都情報サービス産業健康保険組合が医療機関等に対して照会を行い、回答・提供を受けることに同意します。					

在職中の方は会社経由での給付金の受け取りにご協力いただいております。支払金融機関欄は記入せず委任状欄のみご記入ください。退職者等で被保険者(請求者)の個人口座に受け取りを希望する場合は、支払金融機関欄を記入し委任状欄は記入しないでください。

受付日付印

保 険 給 付 金 状 況	委任状	私は下記の者に傷病手当金の受領を委任します。 令和 年 月 日	
	給付金	被保険者(請求者) 住所 氏名	(④欄と同一印) 印
支 払 金 機 関	代理人	(1) 事業主の選定した保険給付金受領代理人 ※(1)、(2)いずれかを○で囲んでください。 (2) (1)以外の代理人(下記に代理人の住所・氏名、下欄の支払金融機関に記入)	
	住所	住所 氏名	
	銀行・農協 本店 預金種別	信金・信組 支店 普通・当座	
	金融機関コード	店番号 (ゆうちょ銀行の場合は5ケタの通帳記号)	口座番号 (ゆうちょ銀行の場合は8ケタの通帳番号)
		フリガナ	口座名義

マイナンバーにより申請される方は下記へ記入してください。マイナンバーを記入する場合、個人番号及び本人確認をするための添付書類が必要です。

2枚目 (2枚1組) 傷病手当金請求書

必ず2枚1組で組合へ提出してください

※出勤簿(写)・賃金台帳(写)を添付してください。1回目(必須)・2回目以降でも賃金を支給したときは必ず添付してください。
(訂正は、㊸の印による押印訂正をお願いします。修正液・修正テープ等での訂正は認められません)

事業主が証明するところ	㊶ 労務に服さなかった期間	平・令 年 月 日から 平・令 年 月 日まで 日間 〔一部就労日があるとき〕上記期間から、就労日()を除く												
	㊷ ㊶の期間に対し賃金を支給しましたか、または今後支給しますか。	はい・いいえ →「はい」の場合は㊹を記入	㊸ 給与と勤怠の締日、支給日と控除日		給与 締日	日	支給日	(当月・翌月)	日	勤怠 締日	日	控除日	(当月・翌月)	日
	㊹ 報酬記入欄	報酬の名称	支給対象期間		支給日	支給額		㊺ 復職状況 <input type="checkbox"/> (月 日)に復職 <input type="checkbox"/> 未復職 〔備考〕	その他					
			月 日から 月 日	/	円									
			月 日から 月 日	/	円									
		交通費 ※欠勤分が未精算のときに記入	月 日から 月 日	/	円									
		支給・控除額の算出式												
	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 〒													
	事業主 ㊻ および名称													
㊼ 事業主氏名											㊽ ㊾			
連絡先 ()														

※〔療養を担当した医師へのお願い〕㊿「労務不能と認めた期間」および㊹の証明年月日は未来日付で記入をしないでください。
(訂正は、㊿の印による押印訂正をお願いします。修正液・修正テープ等での訂正は認められません)

療養を担当した医師が意見を書くところ	㊿ 患者氏名											㊿ 発病または負傷年月日	昭・平・令 年 月 日	
	㊿ 傷病名											㊿ 「療養の給付」開始年月日(貴院での初診日)	平・令 年 月 日	
	㊿ 労務不能と認めた期間	平・令 年 月 日から 平・令 年 月 日まで 日間												
	㊿ ㊿の期間中の入院期間	月 日から 月 日まで 日間入院											㊿ 発病または負傷の原因	
	㊿ ㊿の期間中の受診日(○で囲む)	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										
		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										
	㊿ ㊿の期間中の投薬状況と通院指導の有無	投薬の有無	投薬状況		通院指導の有無		通院指導「無」の理由							
		あり・無し	月 日(日分)	月 日(日分)	あり・無し 通院指導(週/ 回)									
		→「あり」の場合は右の「投薬状況」を記入	月 日(日分)	月 日(日分)	→「無し」の場合は右欄へその理由を記入									
	㊿ 療養の指示等	■㊿の期間中に行った療養の指示内容・経過概要(検査・手術を行ったときはその内容も記入)										手術年月日	年 月 日	
										退院年月日	年 月 日			
■㊿「労務不能と認めた期間」の診察から、従来の職種を労務不能と認められた医学的な所見														
㊿ 人工透析を実施または人工臓器等を装着したとき	人工透析を実施または人工臓器等の装着日	昭・平・令 年 月 日	人工臓器等の種類(○で囲む)		人工肛門・人工膀胱・人工関節・人工透析心臓ペースメーカー・その他()									
上記のとおり相違ありません。											㊿ 令和 年 月 日			
住所(所在地) 〒														
医療機関 ㊿ 名称														
㊿ 医師氏名											㊿ ㊿ 連絡先 ()			
											※医療機関の名称・所在地はゴム印(スタンプ等)を使用してください。			

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	㊿
-------------------	---