

【記入例】

事務長 担当者 標準報酬 令和 年 月 日 起案

傷病手当金支給の条件 ※最大6ヶ月分申請できます(6ヶ月を超えた場合はもう一枚必要です。)

※事業主経由

- ① 労務不能(仕事に就けないこと)⇒医師の証明が必要(この申請書内の医師の意見欄)
- ② 業務外の事由による、病気や怪我であること
- ③ 連続して3日以上休んでいること
3日間は待機期間とし、4日目からの支給となります。(第1回請求時)
待機期間には有休・公休(土日祝)を充てても構いません
- ④ 医師の証明を基準とし、その開始日から4日目からの支給になります。(第1回請求時)

被保険者が記入するところ	保険証の記号番号	記号 1	番号 23456	事業所名	●●株式会社																																	
	氏名	健保 太郎		生年月日	昭和 平成 45年 3月 3日	Tel	●●●●●●●●●●																															
	被保険者住所	〒 -		住所記入		E-mail	@																															
	傷病名	頭蓋骨折・鎖骨骨折		発病日	令和 3 年 5 月 8 日																																	
原因	休日に自転車で買い物中に転倒。		療養のため休んだ期間(申請期間)	令和 3 年 5 月 9 日 ~ 5 月 30 日 (22日間)																																		
振込希望銀行	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は下記の欄を記入。) 注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。また、本請求に基づく給付金の受領を委任する場合は、公金受取口座を利用できません。																																					
	銀行コード	123	銀行名	●●銀行		普通当座	No	1234567																														
	店番号	456	支店名	新宿支店		ケンボ	タロウ																															
口座名義人(カタカナ)	ケンボ タロウ							この期間は必ず医師の証明と一致すること																														
労務に服さなかった期間	令和 年 月 日 ~ 年 月 日 まで																																					
事業主が証明する欄	※出勤状況(日にちの上に 出勤日:○ 有休:△ 公休:公 欠勤:/ / で記入してください。)																																					
	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	出勤日数	有休日数				
	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						
	年月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	事業主証明欄																24	25	26	27	28	29	30	31		
	年月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	事業主証明欄																24	25	26	27	28	29	30	31		
	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						
	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						
上記期間のうち報酬の支給期間があれば記入してください																																						
期間	令和 年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)		金額	円		給与の締め日(○してください)	月末・15日・その他()		支給日	月 日																												
事業主の住所氏名	上記内容に相違ないことを証明します。						令和 年 月 日																															
医師の意見欄	傷病名			発病・負傷の年月日	令和 年 月 日																																	
	負傷の原因			労務不能と認められた期間	令和 年 月 日 から (日間)		診療実日数	日間																														
	傷病の主状態および経過概要(労務不能状況を具体的に)																																					
	医師の住所	上記内容に相違ないことを証明します。																																				
医師の意見欄 【注意】 労務不能理由の具体的記入と捺印を医師に依頼してください。																																						
委任する場合は記入してください。(被保険者以外に振込む場合) ① 会社に振込む場合: ○○株式会社 代表取締役社長 ○○○○と記入 個人に振込む場合: 振込先名義人名を記入 ② 被保険者(栗田健保加入者本人)名																																						
令和 年 月 日				に委任する																																		
提出書類				被保険者氏名																																		

事業主は原本証明入りの賃金台帳・出勤簿を添付してください。