

【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日間は待期期間とし、4日目からの支給となります。(第1回請求時)  
待期期間は有休・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 (印)			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	(Tel :	電話番号記入)	
	傷病名	頭蓋骨折・鎖骨骨折			発病日	令和 元 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 元 年 5 月 9 日 ~ 5 月 30 (22日間)			
	振込希望銀行	銀行コード	123	銀行名	●●銀行		普通	No	1234567
		店番号	456	支店名	新宿支店		当座		
		口座名義人(カタカナ)	ケンボ タロウ						

事業主が証明する欄	労務に服さなかった期間	令和 年 月 日 ~ 年 月 日		この期間は必ず医師の証明と一致すること																														
	※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	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		
	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		

事業主証明欄

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	金額	給与の締め日(○してください)	支給日
令和 年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)	円	月末・15日・その他( )	月 日
事業主の住所・印担当印	上記内容に相違ないことを証明します。 令和 年 月 日		担当者印
	(印)		

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) 令和 年 月 日まで (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)	診療実日数 (日間)	
医師の	上記内容に相違ないことを証明します。 令和 年 月 日	

1ヶ月に1回(労務不能の期間)は必ず病院にいらるること。3ヶ月請求する場合は3日以上必要。

医師の証明欄

【注意】労務不能理由を具体的に記入してください。

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 振込名義人名・名義人印
- ② 被保険者(栗田健保加入者本人)名・被保険者印

印状	令和 年 月 日	被保険者氏名	②	(印)
----	----------	--------	---	-----