

【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	(Tel : 電話番号記入)		
	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	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				
		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:□ 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	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		診療実日数	(日間)
	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)			
	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	上記内容に相違ないことを			

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。

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。

(印) ← 捺印

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 振込先名義人名
② 被保険者(栗田健保加入者本人)名

① _____ に委任する

令和 年 月 日 被保険者氏名 ②