

記入例

傷病手当金支給決定伺

Table with columns for insurance type (常務理事, 事務長, 係長, 係), qualification (資格), and payment details (得喪, 年月日). Includes fields for payment period (支給期間) and basis (基礎).

傷病手当金請求書 (第1回) (健則第84条)

注 傷病が第三者の行為である場合は別記欄に「負傷原因書」と「第三者行為による事故届」をこの請求書に添付してください。障害年金の支給を受ける場合は、障害年金証書の写しを添付してください。障害年金給付の年金証明書又はこれに準ずる書類の写し、その額及びその支給開始年月を証明する書類並びにその直近の額を証明する書類（年金額改定通知書等）を添付してください。

Main application form with sections: 被保険者証の記号・番号 (100-9999), 住所 (〒111-2222), 事業所の名称 (〇〇株式会社), 発病又は負傷の日 (平成令和), 発病又は負傷の原因を詳しく記入してください (必ず記入してください), 疾病又は負傷の療養をするため休んだ期間 (令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで), 報酬を支払ったか (受けましたか又は受けられませんか), 報酬を支払ったとき又は報酬を受けられるときはその報酬の額とその支払の基礎となった期間 (令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで), 休んだ期間中に入院しましたか (した・しない), 入院 (病院名, 所在地), 同一の疾病又は負傷およびこれにより発した疾病から障害年金、障害手当金を受けている場合記入 (下部の添付書類を提出してください。), 障害年金の別 (障害年金又は障害手当金を受けられるようになった年月日), 障害年金・障害手当金 (年月日, 円), 老齢年金について (老齢又は退職を事由とする公的年金を受給していますか), 振込希望口座 (マイナポータル等事前登録した公金受取口座を利用します。)

# 記入例

<b>事業主が証明するところ</b>	労務に服さなかった期間		令和	年	月	日から			日間
			令和	年	月	日まで			
	上の期間中 の分として の支払関係 報酬関係	全額支給した場合 又は支給する場合	令和	年	月	日から	の分	円	
		一部支給した場合 又は支給する場合	令和	年	月	日まで	月	日	支払
	現在までの 将来も支給しない 場合は、その旨	<b>事業主が記入します</b>		令和	年	月	日から	の分	円
					日まで	月	日	支払	
上記のとおり相違ないことを証明します。									
令和 年 月 日									
住所又は所在地									
事業主 氏名又は名称									

<b>療養を担当した医師が意見を書くところ</b>	傷病名									
	療養開始年月日	令和	年	月	日					
	発病又は負傷した年月日	令和	年	月	日					
	発病又は負傷の原因									
	労務不能と認められた期間	令和	年	月	日から	左記期間中の 診療実日数				日間
		令和	年	月	日まで					
傷病の主症状 および 経過概要	<b>病院に記入してもらいます</b>									
〔詳しく記入 してください〕										
労務不能と認められた 期間中における 入院期間	令和	年	月	日から	入院費用別 の				健保・自費・その他	
	令和	年	月	日まで						
上記のとおり相違ありません。										
令和 年 月 日										
住所 医療機関 医師 名称 氏名										
電話 ( )										