

支給決議書			支給額		円
常務理事	事務長	係	支給	傷病手当金	円
			内訳	傷病手当金付加金	円
資格取得	昭・平・令	年 月 日	支給	平・令	年 月 日から
資格喪失	令	年 月 日	期間	平・令	年 月 日まで
支給開始日	平・令	年 月 日	備考		日間
前回	始	平・令			
	終	平・令			
計算式					
傷病手当金 円 × 2/3 × 日 = 円					
傷病手当金付加金 円 × 0.10 × 日 = 円					

上記は記入しないでください。

## 傷病手当金・傷病手当金付加金請求書

(第 1 回)

令和 X 年 X 月 X 日請求

この申請書を提出するにあたり、個人情報保護法による利用目的を理解し、個人情報の第三者提供に同意します。

日本無線健康保険組合 常務理事 殿

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号と番号	記号 <b>1010</b>	被保険者の 氏名と印	<b>健保 太郎</b>	(印)	
	委任状	私は、事業主を代理人と定め、請求した傷病手当金・傷病手当金付加金の受領に関し、事業主に委任します。				
	被保険者の住所	〒 ○ ○ ○ - ○ ○ ○ ○ <b>〇〇県〇〇市〇〇町 1-2-3</b>				
	会社名および所属	<b>日本無線株式会社</b>		業務の種類	<b>事務職</b>	
	発病または負傷の 年 月 日	平(令) <b>X</b> 年 <b>X</b> 月 <b>X</b> 日	傷病名	<b>骨折</b>		
	発病または負傷の 原因(詳しく)	<b>(発病:わからなければ「不詳」と書いてください)</b> <b>負傷:サッカーで足を骨折</b>		第三者行為によるものですか <b>いいえ</b> ・ はい(別紙届出必要)		
	労務に服することが できなかった期間	平(令) <b>X</b> 年 <b>9</b> 月 <b>7</b> 日から 平(令) <b>X</b> 年 <b>9</b> 月 <b>30</b> 日まで	<b>24</b> 日間	*待期間の3日間も労務不能であることが必要。 初回申請の際は、医師が労務不能と認めた起算日以降、連続した待期間3日間終了確認後、4日目を以降の日を記載すること。		
	障害年金、障害手 当金を受けていると き、または受けるこ とができるとき	年金の種類	障害年金・障害手当金	年金額	年金支給事由 傷病名	
	資格喪失・任意継 続被保険者の方	年金の名称	基礎年金番号・年金コード	受給年月日	金額	
	上記の期間中、報酬の全部または一部を受けたときまたは受け得るときはその報酬額および期間。					
期間	平(令) <b>X</b> 年 <b>X</b> 月 <b>X</b> 日から 平(令) <b>X</b> 年 <b>X</b> 月 <b>X</b> 日まで	<b>2</b> 日間	金額	<b>12,000</b> 円		

\*待期期間の3日間も労務不能であることが必要。  
初回申請の際は、医師が労務不能と認めた起算日以降、連続した待期期間3日間終了確認後、4日目を以降の日を記載すること(本作成例は初回申請)。

事業主が証明するところ	労務に服さなかった期間		平・令 X 年 9 月 7 日から 平・令 X 年 9 月 30 日まで	24 日間
	上記期間中、報酬の全部または一部を支給しましたか、支給したときの期間および金額	期 間	平・令 X 年 X 月 X 日から 平・令 X 年 X 月 X 日まで	2 日間
		金 額		12,000 円
	<p>うえのとおり相違ないことを証明します。</p> <p>令和 X 年 X 月 X 日</p> <p>事業所名称</p> <p>所 在 地 <b>事業主の証明</b></p> <p>事業主氏名 印</p>			

療養を担当した医師の意見	傷 病 名	<b>右足関節骨折</b>			
	発病または負傷の年月日	平 令 X 年 X 月 X 日	療養の給付を開始した年月日	平 令 X 年 X 月 X 日	
	発病または負傷の原因	<b>サッカーのプレー中に転倒し、骨折した</b>			
	労務不能と認めた期間	平 令 X 年 9 月 4 日から	27 日間	診 療 実 日 数	
		平 令 X 年 9 月 30 日まで		3 日間	
	傷病の主症状および経過概要	<b>骨折により歩行不能状態となり、関節に転位(ずれ)がみられるため手術により骨を固定。経過は順調。</b>			<small>* 医師証明日は、「労務不能と認めた期間」の最終日以降に診療を受けた日の証明日を記載</small>
<p>うえのとおり相違ないことを証明します。</p> <p>令和 X 年 10 月 3 日</p> <p>医療機関の所在地</p> <p>医療機関の名称 <b>医師の証明</b></p> <p>医師の氏名 印</p>					

※労務不能期間中、診療実日数が0日間は認められません。