

《 傷病手当金請求書 記入例 》

傷病手当金請求書 (被保険者が記入するところ) (第〇回)

被保険者証の記号番号 124-999 標準報酬額 200 千円 資格取得年月日 20年〇月〇日

事業所名 ○〇〇株式会社 事務

就業日 平成〇年〇月〇日 就業場所 自宅

傷病又は負傷の原因 起床時に倒れ救急車で搬送された

傷病又は負傷の療養を受けるため休んだ期間(請求期間) 平成〇年10月1日～平成〇年10月31日

療養期間中の入院期間 平成〇年10月1日～平成〇年10月31日

療養期間中の請求額 42,000 円

請求年月日 平成〇年11月1日

川口工業健康保険組合理事長 殿

被保険者(請求者)の住所 ○〇県〇〇市〇〇町〇〇-〇-〇

被保険者(請求者)の氏名 川工 太郎

委任状 事業主を代理人として健康保険組合より支給される本請求金額全額の受取り方の件を委任いたします。

被保険者(請求者)の氏名と印 川工 太郎

請求期間について
 被保険者記入欄の請求期間(①)と事業主の証明(事業主記入欄)の労務に服さなかった期間(②)は、通常、療養担当者が労務不能と認めた期間(③)と同一期間になります。

退職後の請求(請求期間が資格喪失日以降のもの)である場合、事業主の証明欄の記入は不要です。

①

退職後の請求(請求期間が資格喪失日以降のもの)である場合、被保険者様口座へお振込みさせていただくため、委任状欄の記入は不要です。

事業主の証明 (事業主側で記入するところ)

労務に服さなかった期間 平成〇年10月1日から31日まで

賃金計算 月給 日給 日給月給 時間給 歩合制 その他

区分	賃金計算期間	10月1日～10月31日分	年 月 日分	年 月 日分	年 月 日分	年 月 日分	年 月 日分
基本給	〇	200,000 円					
家族手当	〇	10,000 円					
欠勤控除				▲168,000 円			
計				42,000 円			

賃金計算方法 欠勤控除計算方法等について記入して下さい
 $(200,000 + 10,000) \div 20日 = 10,500$
 $10,500 \times 16日(欠勤日数) = 168,000$

上記のとおり相違ないことを証明する。
 平成〇年〇月〇日 事業所所在地 ○〇県〇〇市〇〇町〇-〇-〇
 事業所名 ○〇〇株式会社
 事業主名 代表取締役社長○○○
 電話番号 ○〇〇(〇〇〇〇)〇〇〇

療養担当者が記入するところ 記入漏れの無いように記載して下さい。

労務不能と認められた期間 平成29年10月1日から31日まで

療養期間中の入院期間 平成 年 月 日～平成 年 月 日

療養期間中の請求額 42,000 円

療養期間中の請求年月日 平成 年 月 日

療養担当者の氏名 川工 太郎

療養担当者の住所 ○〇県〇〇市〇〇町〇〇-〇-〇

療養担当者の氏名 川工 太郎

療養担当者の印 川工 太郎

②

③

④

① 請求書提出の際には、出勤簿及び賃金台帳の写しを添付してください。

② 訂正したときは押した事業主印と同じ印を訂正した箇所を押してください。

③ 療養担当者は労務不能と認められた期間のみ記入してください。

④ 支給、不支給の判断をするため大変重要となりますので詳しく記入してください。

⑤ 被保険者が欠けた期間と関係なく独自の立場で臨床と労務不能と認められた期間を記入してください。

⑥ 訂正したときは医師名のわりに押した印と同じ印を訂正した箇所を押してください。