

# 傷病手当金請求書

令和 年 月 日提出

被 保 険 者 記 入 欄	下記のとおり請求します。 なお、この金額の受領を(事業所名) ○○○○○○(株) に委任します。				障害年金(手 当金)を受給 していますか？	受給している年金に○をしてください。 ・障害厚生年金 ・障害基礎年金	
	健康保険 記号-番号	記号 00	番号 00000000	氏名		障害年金総額(手当金額)	
	住 所	〒000-0000 ○○○○○○○○○○ TEL ( 000 ) 000 - 0000				☑ している。	0,000,0000 円
	所 属	(ポストNo. A000 ) ○○○○○○○○ (内線 00000 )				⇒この欄にご 記入ください。	支給事由である傷病名 ○○○○○○○○
	職 種	社員 / 事務職		年齢	○○ 才	※裏面「3.」を ご確認ください。	決定日 平成 00 年 00 月 00 日 令和
	傷 病 名	○○○○○○○○					年金証 書番号 コード 0000-000000-0000
	発病または 負傷の原因 (具体的に)	第三者行為によるものですか？ □ はい。 労災、通災によるものですか？ □ はい。 } 該当する場合のみ チェックをしてください。				労務に服する ことができな かった期間	令和 00 年 00 月 00 日から 令和 00 年 00 月 00 日まで
発病または負傷 した日	平成 令和 00 年 00 月 00 日	午前 午後 00 時頃					

担当医師以外は記入不可。※訂正する場合は二本線と記入者の訂正印を押印ください。

↓ 記入もれや記入誤りがあった場合、請求書を返戻することになり支給が遅れてしまいますので、ご注意ください。よろしくお願いいたします。

担 当 医 師 の 意 見 書	傷病名 (主疾病に○印)	○○○○○○○○○		発病または 負傷した日	平成 令和 00 年 00 月 00 日
	発病または 負傷の原因	○○○○○○○○○○○ 第三者行為によるものですか。(はい・いいえ)		当該傷病で の初診日	平成 令和 00 年 00 月 00 日
	労務不能と 認めた期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	左記期間中 の診療状況	診療実日数 00 日 最終診療日 00 月 00 日 最終投薬日 00 月 00 日 (投薬日数) ( 00 日分)	労務不能と認めた期間中の 入院期間 令和 00 年 00 月 00 日から 令和 00 年 00 月 00 日まで
	傷病の主症状 及び 経過概要	○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○ ○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○ ○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○ ○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○ 手術名: 手術日:平成・令和 00 年 00 月 00 日		転 帰 1.治癒 ( . . ) 2.継続 3.中止 4.転医 5.死亡 ( . . )	労務可能見込日 令和 00 年 00 月 00 日 上記のとおり相違ありません。 令和 00 年 00 月 00 日 所 在 地 ○○○○○○○○○○○○ 医療機関名 ○○○○○○○○○○○○ 担当医師名 ○○ ○○○ TEL ( 000 ) 000 - 0000
	※証明日は労務不能と認めた期間以降でお願いします。				
	出退勤管理責任者の資格のある方のみ記入可。※訂正する場合は二本線と記入者の訂正印を押印ください。				
	↓ 記入もれや記入誤りがあった場合、請求書を返戻することになり支給が遅れてしまいますので、ご注意ください。よろしくお願いいたします。				

事 業 主 証 明 欄	労務に服さなかった期間 (休日を含む)	令和 00 年 00 月 00 日 から 令和 00 年 00 月 00 日 まで	
	上記期間中の 報酬関係	・上記期間すべて病欠(会社休日含む)ですか。(はい・いいえ) ←どちらかに○ ※いいえに○の場合は以下に記入をしてください。(今回が初めての申請の場合は、出勤簿の写しも添付してください。)	
		※カレンダーの記入 (病欠:× 出勤:○ 有給:△ 会社休日:□) 足りない場合は、出勤簿の写しを添付してください。	
		0 0 年 0 0 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
		0 0 年 0 0 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
	一部支給 する期間	月 日 ~ 月 日 円 ( 月 日支払 )	
事業主		所在地 ○○○○○○○○(株) 代表者名 ○○ ○○○	

支 給 決 定 欄	支給開始日	令和 年 月 日
	支給期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
	支給決定額	円 調整額 円 × 日 = 円

## 【注意事項】

支給要件、記入上の注意など、詳細については裏面をご確認ください。

2025年12月版

受 付 印