

三菱健康保険組合 傷病手当金請求書 (第 回目)

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者 記号一番号	—	被保険者氏名							
	被保険者 現住所			業務の種別 や業務内容	(事務員・運転手など具体的に記入。退職後の場合も記入)					
	事業所名称			生年月日	年	月	日	年齢	歳	
	傷病名									
	発病または負傷年月日	年	月	日	この傷病の療養を 開始した年月日	年	月	日		
	《A》 傷病手当金 請求期間	* 退職後の方も必ず記入してください								
		年	月	日	から	年	月	日	まで	日間
	請求期間 中の症状									
	障害厚生年金・障害手当金を受給していますか	【 いいえ ・ 受給手続中(※) ・ はい(※) (年額: 円)】								
	【退職後の場合】老齢厚生年金を受給していますか	【 いいえ ・ 受給手続中(※) ・ はい(※) (年額: 円)】								
(※) 受給手続中および受給中の場合、「年金証書・年金決定通知書(写)」を添付してください。 また、年金額に改定があった際には、「年金額改定通知書(写)」を添付してください。										

《注意》

*請求期間が1カ月を超える場合には、1カ月を目安に請求書を分けて作成してください。

*記入された内容により、当組合よりその詳細について文書で照会または追加の添付書類を依頼することがあります。

療 養 を 担 当 し た 医 師 が 証 明 す る 欄	患者 氏名			労務不能の 傷病名						
	発病または 負傷年月日	年	月	日	療養の給付を開始した年月日	年	月	日		
	発病または 負傷の原因									
	《B》 労務不能と 認めた期間	年	月	日から	年	月	日まで	日間	左記期間中の 診療日及び 診療実日数 (日間)	
	入院したときはその期間	年	月	日	から	年	月	日	まで	日間
	《B》の 期間中の 傷病の主症 状および経 過概要									
	本傷病に対する障害年金について	【 受給該当 (可能性ありも含む) ・ 不該当 】 ↓ 受給該当についての現況 (障害認定の状況等) についてご記入ください。 ()								
	復職の見込みについて	【 月頃から就労可能の見込み ・ 現時点では不明 】								
	上記のとおり相違ありません。	証明日 年 月 日								
	医療施設の所在地 干 名 称 職名・氏名	電話番号 ()								

《お願い》 * 証明日より以前の期間について証明してください。見込による未来日の証明はしないでください。

受付日付印

事	復職状況	年 月 日に復職(予定) / 未定		【初回請求時のみ記入】新卒者に該当：はい / いいえ																												
	給与形態	月給・日給・時間給・その他 ()		給与計算	締日：()日・支給日：当/翌月()日																											
業	基本給以外に支給される報酬（以下の各名称に○、または報酬名称をカッコ内に記入） 通勤費/住宅手当/カフェテリア・ライフプラン補助金/傷病見舞金/持株奨励金/社会保険料本人負担分の補助 /その他 () /無し																															
	上欄で回答した報酬について、《A》の期間の支給の有無と、支給した場合はその期間 有り ()・無し																															
主	《A》の期間すべてについて、次のマークを記入 ・労務に服した日 → ○ ・労務に服していないが、報酬を全部または一部支給した(する)日 → △ ・労務に服さず、報酬を支給しない日 → /																															
	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
が	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
証	《C》 △=報酬を全部または一部支給した(する)日がある場合、その期間と報酬額を記入																															
	①	年 月 日 から	年 月 日 まで	日間	円																											
明	②	年 月 日 から	年 月 日 まで	日間	円																											
	③	年 月 日 から	年 月 日 まで	日間	円																											
す	※ 上記に記載した報酬額の内訳・計算方法を以下に期間ごとに記入してください。																															
	例) ① 期間：9/15 ~ 9/30 日数：16日間 報酬単価：14,781円 報酬額：236,496円 ・報酬 400,000÷30=13,333.333 ・通勤手当 50,480÷180=280.444 ・住宅手当 35,000÷30=1,166.666 13,333.333+280.444+1,166.666 =14,780.443 ⇒ <u>14,781</u> 14,781円×16日=236,496円 ② 期間：10/1 ~ 10/14 日数：14日間 報酬単価：1,167円 報酬額：16,338円 ・住宅手当 35,000÷30=1,166.666 ⇒ <u>1,167</u> 1,167円×14日=16,338円																															
る	《A》の期間のうち、労務に服さなかった日についての報酬は、 《C》の期間を除き、現在までまた将来も支給しないことを証明します。																															
	事業所所在地		証明日	年 月 日																												
欄	事業所名		電話番号 ()																													
	事業主名		(担当者名：)																													

《注意》

- * 被保険者が記入する欄を含め、記載内容に誤りおよび記入漏れがないか、提出前に確認してください。
- * 請求期間中の賃金台帳および出勤簿の写しを添付してください。欠勤控除が翌月以降になる場合は、欠勤控除が行われた月の賃金台帳の写しが必要です。
- * 月単位で支給される報酬については、暦日数にかかわらず、1カ月を30日で除して単価を計算します。また、算出した額に端数が乗じた場合は、合算した後に円未満の端数を切上げ、該当日数分を乗じます。
- * 被保険者資格喪失後の期間については事業主の証明は必要ありません。
- * 証明日より以前の期間について証明してください。見込による未来日の証明はしないでください。