

三菱健康保険組合 傷病手当金請求書 (第 1 回目)

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者 記号-番号	8888 - 10	被保険者氏名	傷病太郎		
	被保険者 現住所	埼玉県さいたま市東区海梨50	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) ルート配送ドライバー		
	事業所名称	丸の内運送株式会社	生年月日	昭和45年8月2日	年齢	49歳
	傷病名	脳梗塞				
	発病または負傷年月日	令和元年7月2日	この傷病の療養を 開始した年月日	令和元年7月2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 令和元年9月28日から令和元年10月31日まで 33日間				
	請求期間 中の症状	8月末に退院したが、現在もまだ手足に麻痺が残り、 歩行困難のため通院加療中である。 <div style="border: 1px solid green; padding: 2px; display: inline-block;">初回請求時の症状でなく、当該請求期間の症状を毎回記入してください。</div>				
	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	傷病太郎	労務不能の 傷病名	脳梗塞		
	発病または 負傷年月日	令和元年7月2日	療養の給付を開始した年月日	令和元年7月2日		
	発病または 負傷の原因	高血圧の既往歴あるも、原因については明らかでない				
	《B》 労務不能と 認めた期間	令和元年9月28日から 令和元年10月31日まで 33日間	左記期間中の 診療日及び 診療実日数	(9/30、10/7、 18、28) (4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	令和元年7月2日、自宅で意識を失い倒れる。8月末まで入院加療を行った。 現在も手足の麻痺症状が認められ、通院加療中により就労不能である。				
	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。 (症状が固定しておらず、障害認定の段階には至っていない)				
	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	令和元年11月5日			
	医療施設の所在地	〒100-0005 千代田区丸の内3-100				
名称	東京丸の内病院					
職名・氏名	医師 金沢太郎		電話番号	03(3211)〇〇××		

《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：(末)日・支給日：(当)翌月(20)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)				
	<input checked="" type="checkbox"/> 通勤費 / <input checked="" type="checkbox"/> 住宅手当 / <input checked="" type="checkbox"/> カフェテリア・ライフプラン補助金 / <input checked="" type="checkbox"/> 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				
主	<input checked="" type="checkbox"/> 有り (<input checked="" type="checkbox"/> 通勤費：9/28-30、 <input checked="" type="checkbox"/> 住宅手当：9/28-10/31、 <input checked="" type="checkbox"/> カフェテリア補助金：10/1-31、 <input checked="" type="checkbox"/> 傷病見舞金：10/1-31) ・無し				
	《A》の期間すべてについて、次のマークを記入				
	<ul style="list-style-type: none"> ・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 → / 				
	令和元	年	9	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
	令和元	年	10	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		
が	《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	令和元	年	9	月 28 日から 令和元 年 9 月 30 日まで 3 日間 44,343 円
	②	令和元	年	10	月 1 日から 令和元 年 10 月 31 日まで 31 日間 170,500 円
証	※ 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				
	<div style="border: 1px solid green; padding: 5px;"> <p>《C》欄および計算内訳欄で算出いただく報酬額は、給付日額との差分を算出するための報酬単価を求める値であることから、実際の支払額との差異が出ることがありますが、ご理解の上、内訳計算へのご協力をお願いいたします。</p> </div>				
明	① 期間：9/28～9/30、日数：3日間、報酬単価：14,781円、報酬額：44,343円 ・ 基本給 400,000÷30=13,333.333 ・ 通勤費(4-9月分の6カ月定期券支給) 50,480÷180=280.444 ・ 住宅手当 35,000÷30=1,166.666 報酬単価=13,333.333+280.444+1,166.666=14,780.443 ⇒ 14,781 報酬額=14,781×3=44,343				
	② 期間：10/1～10/31、日数：31日間、報酬単価：5,500円、報酬額：170,500円 ・ 住宅手当 35,000÷30=1,166.666 ・ カフェテリア補助 30,000÷30=1,000 ・ 傷病見舞金 100,000÷30=3,333.333 報酬単価=1,166.666+1,000+3,333.333=5,499.999 ⇒ 5,500 報酬額=5,500×31=170,500				
す	《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。				
欄	証明日 令和元 年 11 月 15 日				
	事業所所在地	千代田区丸の内10-1			
	事業所名	丸の内運送株式会社			
	事業主名	取締役社長 鈴木 三郎			電話番号 03(3211)〇×〇× (担当者名：総務 高橋)

《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。