

支給決定伺

(秘密)

資格	取得 年 月 日	支給期間 自 年 月 日 日間	回数		常務理事	事務長	担当	台帳
	喪失 年 月 日	至 年 月 日	回					
前回	開始 年 月 日	月額 千円	日額 円	法定給付日額 円	付加給付日額 円	合計日額 円		
	前回終 年 月 日	支給金額 (①+②)		①手当金		②付加金		
<input type="checkbox"/> 104条該当 日間差額支給 件一括 延長該当日 年 月 日 ~		①手当金			②付加金			

傷病手当金・付加金 請求書 延長傷病手当付加金

令和 年 月 日

請求者記入欄	被保険者氏名 * 自署の場合は押印不要		現住所(〒 -)		
	印				
	被保険者証記号・番号		標準報酬月額 千円	事業所・所属	
	発病又は負傷 年 月 日		傷病名		
	発病又は負傷の原因				
	病气やけがで療養のため休んだ期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 日間		左記期間中に報酬を受けましたか (または今後受けられますか) ○はい ○いいえ		
	病院に入院したとき	病院名	所在地		
		入院期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 日間			
	障害(基礎・厚生)年金又は障害手当金を受給していますか(いずれかに○印を)		○いいえ ○請求中 ○はい		
	(任意継続被保険者・資格喪失者の方)老齢又は退職を事由とする公的年金を受給していますか		○いいえ ○請求中 ○はい		
(退社者記入欄) 振込希望銀行	銀行 信用金庫	支店	口座の名義 (カタカナ)	口座番号 普通 No.	
傷病名	本請求期間中の入院期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 日間				
発病または負傷 年 月 日	発病または負傷の原因				
労務不能と認めた期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 日間	左記期間の診療実日数 日間		診療開始日 年 月 日		
傷病の主症状および経過概要	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 住 所 医 師 病 院 名 氏 名				

※ 振込先は退職後に請求される場合は必ず記入してください
※ 次頁の注意事項をよく読んでから記載してください

※ 事業主証明は別紙に記載すること

※ 記載上の注意

〈被保険者の方へ〉

1. 傷病手当金とは被保険者が病気やけがをして医師の指示により療養のため会社を休んだことにより給料を受けなかった場合、給料が減額された場合に支給されます。
2. 支給開始日より通算して1年6ヶ月間を限度として1日につき標準報酬日額の2/3(傷病手当金)と、1日につき標準報酬日額の85%に相当する額から傷病手当金を控除した額(付加金)を支給します。その後、傷病手当金の支給開始後3年を経過するまで、1日につき標準報酬日額の40%または報酬等との差額(傷病手当金の支給期間は除く)を支給します。(延長傷病手当付加金)

なお、上記の支給期間中に

- ① 会社よりの給与
- ② 障害(基礎・厚生)年金又は障害手当金
- ③ 任意継続被保険者・資格喪失者

については、他に老齢又は退職を事由とする公的年金の支払い又は給付があった場合は上記の支給が行われたとみなし、その金額の範囲内で支給金額を減額し、または支給停止します。また、支給期間中に退職された場合は、付加金の支給はありません。

3. 「診療開始日」欄にはその傷病について健康保険で療養の給付を受け始めた日を記載してください。また、同一疾病で転医の場合は最初の診療開始日を記載してください。なお、異なる時期の異なる疾病の傷病手当金がある場合は、時系列で受け付けますので、後日のご提出はご遠慮ください。
4. 発病または負傷の原因が第三者行為による場合は負傷の日時／場所／加害者の住所氏名および示談解決の内容を記載した「第三者の行為による傷病届」を添付してください。
5. 印ははっきりと押し、印もれのないように、また記載内容の訂正の場合は二重線にて抹消のうえ改めて記入し、各記入者(本人／事業主／医師)印をもって訂正印を押印してください。(本人印は、自署の場合は押印不要。事業主／医師印は押印要。)
6. 退職予定および退職後の請求の場合のみ、「振込希望銀行」を記入ください。
7. 支給金額は、『医療費のお知らせ』と『給付金支給決定通知書』に掲載します。

〈事業所担当の方へ〉

1. 在職者の請求には事業主証明欄の記入および代表者印が必要です。
2. 記載欄が狭くて必要事項の記入困難なものについては別紙に記載し(事業主印要)本書に添付してください。