



傷病手当金請求書 ① (第 / 回)

記入方法については裏面の注意事項をご覧のうえご記入ください。

② 被保険者証の記号と番号	記号 6101	番号 183	③ 事業所の名称	OX書房株式会社	
④ 業務の種類別	販売員			⑤ 標準報酬月額	380 千円
⑥ 発病又は負傷の年月日	昭和 29年 5月 12日	平成	⑦ 傷病名	膝蓋骨骨折	
⑧ 発病の状況または負傷の原因を詳しく	バスケットボールの試合中に転倒し負傷				
⑨ 療養するために休んだ期間	平成 29年 5月 13日から	18日間	⑩ ⑨の期間中に出勤又は有給休暇があればその期間又は月日	出勤	0
	平成 29年 5月 30日まで			有給休暇	0
⑪ (ア) うえの⑨に書いた期間の分の報酬を現在迄に受けましたか、又将来受けられますか				受け / 受けない / 受けられる / <u>受けられない</u>	
	(イ) 報酬支払を受けたとき、又は受けられるときは、その報酬の額とその報酬支払の基礎となった(なる)期間	平成 29年 5月 13日から	平成 29年 5月 30日まで	の分	6,012 円
⑫ (ア) 障害厚生年金又は障害手当金を受給していますか	(イ) 基礎年金番号		障害厚生年金又は障害手当金の受給の原因となった傷病名		
	<u>いいえ</u> ・ 請求中 ・ はい				
任意継続被保険者の資格喪失者の方	(ウ) 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	
	(エ) 年金コード又は記号番号もしくは番号			年金額	
				円	
	年金の合計額			円	
⑬ 介護保険法のサービスを受けたとき	保険者番号	被保険者番号	保険者名称	平成 29年 6月 5日	
上記のとおり請求いたします。					
〒OXΔ-XXXX					
⑭ 被保険者の住所	板橋区坂下 X-X-X				
氏名	健保太郎			電話 03 (3292) XXXX	
出版健康保険組合 殿			昭・平 28年 4月 30日生 (44才)		

※⑮本人氏名を自署した場合、押印不要です。

第1回目の請求は、賃金台帳並びに出勤簿(タイムカード)の写しを添付してください。

事業主が記入するところ	⑯ 労務に服さなかった期間	平成 29年 5月 13日から	平成 29年 5月 30日まで	18日間	
	⑰ 出勤は○で、有給は△で、公休は公で、欠勤は/でそれぞれ表示してください。				
		28年 5月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 公 公 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	計	(7) 出勤 (4) 有給 0日 0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		
		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		
	⑱ うえの期間中、労務につかなかった期間の賃金支払状況 (該当に○をつけてください。但し出勤日を除く)	(1) 支給しない			賃金計算
		<u>全部または一部支給した(する)</u>			締日 未日 支払日 当月25日
	(7) 1日当たりの賃金の全額支給した場合又は将来支給する場合	平成 年 月 日から	平成 年 月 日まで	の分として	金 円 (日額 円)
	(4) 1日当たりの賃金の一部支給した場合又は将来支給する場合	平成 29年 5月 13日から	平成 29年 5月 30日まで	の分として	金 6,012 円 (日額 円) (5月25日支払) (金 339 円)
	上記のとおり相違ないことを証明します。平成 29年 6月 5日				
	〒OXΔ-XXXX	所在地 中央区八丁堀 X-X-X			平成 年 月 日提出
	事業所名称	OX書房株式会社			
	事業主の氏名	千代田太郎			すべての申請書の事業所欄は、事業主印で受け付けるよう監督官庁から指導がありました。そのため、該当箇所への認印の押印では受け付けることができませんので、ご了承ください。
		電話 03 (3370) XXXX			

②①	患者氏名	健保太郎	
	傷病名	(1)	膝蓋骨骨折
		(2)	
(3)			
②②	療養の給付を開始した年月日	(1)	昭和 29年 5月 13日
	(初診日)	(2)	昭和 年 月 日
(3)			
②③	発病または負傷の年月日	昭和 29年 5月 12日	発病
②④	発病または負傷の原因	バスケットボールをして転倒し負傷	
②⑤	労務不能と認められた期間	平成 29年 5月 13日から 平成 29年 5月 30日まで 18日間	②⑥ 入院期間
②⑦	診療実日数	6日	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで
診療日数を記入してください		5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	
上記の診療実日数が0日のときは、前後直近の診療日をご記入ください。		月 日	月 日
②⑧	②⑤の期間中における「主たる症状および経過」	手	平成 年 月 日
	「治療内容、検査結果、医療指導」等(詳しく)	術	術施行
	膝蓋骨骨折にてギプス固定し 安静加療を要す。	退院年月日	平成 年 月 日
症状経過からみて従来の職種について労務不能と認められた医学的な所見			
ギプス固定中は労務不能と認める。			
人工透析または人工臓器等を装着したとき	人工透析を実施または人工臓器を装着した日	平成 年 月 日	
	人工の臓器等の種類	ア. 人工肛門 イ. 人工膀胱 ウ. 人工関節 エ. 人工骨頭 オ. 心臓ペースメーカー カ. 人工透析 キ. その他()	
上記のとおり相違ありません。		平成 29年 6月 5日	
医療機関所在地	〒〇X△-XXXX 豊島区東池袋 X-X-X		
医療機関の名称	△X整形外科医院 豊島太郎		②⑨
医師の氏名	電話 〇3 (330/) XXXX		豊島

私は 千代田太郎 を代理人と定め、平成 29年 6月 5日に請求した傷病手当金の受領方を委任します。

〒〇X△-XXXX

本人 住所 板橋区坂下 X-X-X

氏名 健保太郎

〒〇X△-XXXX

受領人 住所 中央区八丁堀 X-X-X

氏名 OX書房株式会社 千代田太郎

下欄は、会社を退職して資格を喪失した方のみご記入ください。

③② 金融機関	銀行名	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店	口座番号	
	預金種別	普通・当座		フリガナ	
				名義人	

社会保険労務士の提出代行者印

Ⓜ