

◎傷病手当金の支給目的 傷病手当金の支給は、疾病に対する療養の給付(医療機関での治療・投薬等)を行い、療養に専念した上で病気やケガを治し、労働力を早期に回復することが主な目的であるため、「療養の給付をなすこと」が必要です。

正しい療養とは 1. 医師から通院の指示が出されている場合は、指示に従い受診する
2. 医師が薬による治療が必要とし処方箋を交付した場合は、指示に従い調剤薬局で薬を受け取り服薬する等

(訂正がある場合は被保険者(請求者)が二重線で抹消し正しい内容を記入してください。被保険者(請求者)以外の訂正は認められません)

被 保 險 者 が 記 入 す る と こ ろ	② 被保険者等 記号・番号	記号番号	③ 被保険者 (請求者)の 氏名・生年月日	(フリガナ)				
				昭・平・令 年 月 日				
	④ 被保険者 (請求者) の現住所	〒 <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>			日中連絡のとれる電話番号 自宅 - - 携帯 - -			
	⑤ 事業所名称				⑥ 傷病名			
	⑦ 被保険者資格 取得年月日	昭・平・令 年 月 日		⑧ 仕事の内容 (具体的に)			⑨ 他人の行為による 負傷ですか	はい・いいえ
	⑩ 発病または 負傷の原因				⑪ 発病または 負傷年月日	昭・平・令 年 月 日		
	⑫ 療養のために 休んだ期間 (請求期間)	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで			日間			
		〔一部就労日があるとき〕上記期間から、就労日()を除く						
⑬ 請求期間中(⑫) の病状等	請求期間中(⑫)の病状を詳しく記入してください							
	医師からの治療に関する指示内容							
⑭ ⑫に記入した期間分の報酬を 支給されましたか。 または今後支給されますか。	はい・いいえ		⑮ ⑭で「はい」と答えた場合、そ の報酬の額とその報酬支払の基 礎となった(なる)期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		円		
⑯ 労災保険から休業補償を受け ている期間の請求ですか。	はい・労災申請中・いいえ		⑯で「はい」または「労災申請中」と答 えた場合、申請先の労働基準監督署名	労働基準監督署				
⑰ 「障害厚生年金」または 「障害手当金」について	受給中・請求中・無し		年金番号	傷病名	年額		円	
⑱ 「老齢年金」について	受給中・請求中・無し		年金番号	年額			円	
⑲ 照会に関する同意欄 ※右記に☑を記入	□ 私は、傷病手当金の支給可否に関する調査のため、東京都情報サービス産業健康保険組合が 医療機関等に対して照会を行い、回答・提供を受けることに同意します。							

給付金振込先選択欄 ※希望する振込先に☑を記入ください

<input type="checkbox"/>	会社振込	私が勤務する会社の「給付金専用口座」への振込みを希望します。	(12桁)
<input type="checkbox"/>	個人(請求者)口座	被保険者(請求者)の個人口座への振込を希望します。	

個人(請求者)口座を選択した方のみ下記を記入

支 払 金 融 機 関	銀行・農協 信金・信組					本店 支店	預金種別		
							普通・当座		
	金融機関コード	店番号 (ゆうちょ銀行の場合は5ヶタの通帳記号)							
	口座番号 (ゆうちょ銀行の場合 は8ヶタの通帳番号)					フリガナ			
					口座名義				

受付日付印

<input type="checkbox"/>		マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は□ 利用しない場合は上記の欄を記入。) 注) 口座情報の反映には数日を要します。また、代理人口座への振込を希望する場合は、公金受取口座を利用できません。
--------------------------	--	--

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄			
-----------------------	--	--	--

2枚目 (2枚1組) 傷病手当金請求書

必ず2枚1組で組合へ提出してください

※出勤簿(写)・賃金台帳(写)を添付してください。1回目(必須)・2回目以降でも賃金を支給したときは必ず添付してください。
(訂正がある場合は事業主が二重線で抹消し正しい内容を記入してください。事業主以外の訂正は認められません)

事業 主 が 証 明 す る と こ ろ	Ⓐ 労務に服さなかった期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間							
		〔一部就労日があるとき〕上記期間から、就労日()を除く							
	Ⓑ Ⓛの期間に対し賃金を支給しましたか、または今後支給しますか。	はい・いいえ →「はい」の場合は②を記入	Ⓐ 給与と勤怠の締日、支給日と控除日		給与	締日	支給日	(当月・翌月) 日	
			勤怠	締日	支給日	(当月・翌月) 日			
	Ⓓ 報酬記入欄	報酬の名称	支給対象期間		支給日	支給額		（E） その他の復職状況 □(月日)に復職 □未復職 〔備考〕	
			月	日から	月	日	／		円
			月	日から	月	日	／		円
		交通費 ※欠勤分が未精算のときに記入	月	日から	月	日	／		円
	支給・控除額の算出式								
	上記のとおり相違ないことを証明します。 事業所所在地 〒								
事業主 Ⓛ および名称									
④ 事業主氏名									
連絡先 ()									

※〔療養を担当した医師へのお願い〕①「労務不能と認めた期間」および⑤の証明年月日は未来日付で記入をしないでください。

(訂正がある場合は療養を担当した医師が二重線で抹消し正しい内容を記入してください。療養を担当した医師以外の訂正は認められません)

療 養 を 担 当 し た 医 師 が 意 見 を 書 く と こ ろ	⑩ 患者氏名	① 発病または 負傷年月日		昭・平・令年月日				
		⑩ ⑨ 「療養の給付」開始年月日 (貴院での初診日)		平・令年月日				
	⑪ 労務不能と 認めた期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間						
		⑪ ⑫ の期間中の 入院期間						
	⑫ ⑪ の期間中の受診 日(○で囲む)	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	計 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	計 日				
	⑬ ⑪ の期間中の投薬 状況と通院指導 の有無	⑬ 投薬の有無		⑬ 投薬状況		⑬ 通院指導の有無		
		⑬ ⑭ の期間中の投薬 状況と通院指導 の有無		月 日(日分)	月 日(日分)	月 日(日分)		
	⑭ ⑬ の期間中の投薬 状況と通院指導 の有無		月 日(日分)	月 日(日分)	月 日(日分)	⑭ ⑮ 「無し」の場合は右欄へ その理由を記入		
	⑮ 療養の 指示等	■⑪ の期間中に 行った療養の指示内容・経過概要(検査・手術を行ったときはその内容も記入)				手術年月日	年 月 日	
				退院年月日	年 月 日			
■⑪ 「労務不能と認めた期間」の診察から、従来の職種を労務不能と認められた医学的な所見								
⑯ 人工透析を実施または人工 臓器等を装着したとき		人工透析を実施または 人工臓器等の装着日	昭・平・令 年 月 日	⑯ 人工臓器等の種類 (○で囲む)	⑯ 人工肛門・人工膀胱・人工関節・人工透析 心臓ベースメーカー・その他()			
上記のとおり相違ありません。 住所(所在地) 〒								
医療機関 ⑰ 名称 ⑱ 医師氏名 連絡先 ()								
※医療機関の名称・所在地はゴム印(スタンプ等)を使用してください。								