

傷病手当金

傷病手当金付加金
延長傷病手当金付加金

請求書

被保険者(申請者)記入用

注意 ●消えない黒のボールペン等で記入 ●該当する□に✓を記入 ●訂正の場合は二重線および押印必要 (修正液等での訂正は原則禁止)
●記入漏れ・記入誤りがある場合、支給が遅れる場合あり

被保険者(申請者)情報
被保険者等記号番号 記号 番号 従業員番号
事業所 会社名称 所属部署
業務の内容 具体的に記入(退職者は在籍時の業務内容)
氏名 (フリガナ) 確認欄 この届出については以下①又は②の要件を満たしたものである
住所 (〒 -) 都道府県 電話番号 日中の連絡先

同意書
照会等の同意 日野自動車健康保険組合が傷病手当金の支給・不支給決定の為、関係機関(医療機関、事業主、官公庁、保険者等)に対して照会を求めると同意します。
氏名(自署)

申請内容
1. 傷病名
2. 1に対する申請状況
3. 発病または負傷年月日
4. 該当傷病は病気かケガか
5. 発病または負傷の原因
6. 療養のため休んだ期間(申請期間)

確認事項
7. 今回の申請とは別に労災保険から休業補償を受けているか
8. 障害厚生年金・障害手当金の受給

受取方法
1. 被保険者等の記号が以下事業所の方
2. 被保険者等の記号1219の任意継続の方
3. 1,2以外の方
指定口座
a. 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
b. 以下指定口座への振込を希望します

※「受取方法」の1に該当する方は、原則事業主へ委任払いとしておりますが、やむを得ない事情があり個人口座への振込みを希望する場合は指定口座記入
マイナンバーでの申請を希望する場合は日野健保までご連絡ください。

「療養担当者・事業主記入用」は2ページに続きます

受付印 支払印

療養担当者が意見を記入するところ

1. 患者氏名	※意見記入欄は、重要な判断材料となりますので、楷書体にて漏れなくご記入ください。乱筆で読めない場合、書き直していただく場合があります。		
2. 傷病名	3. 療養の給付開始年月日 (初診日)	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日
4. 発病または負傷年月日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	5. 発病または負傷の原因
6. 労務不能と認められた期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間	7. 左記期間のうち入院期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間
8. 診療実日数	月 日間	9. 診療日を○で囲んでください	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
	月 日間		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
	月 日間		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
10. 上記期間中における主たる症状及び経過、治療内容、検査結果、療養指導などできるだけ詳しく記入してください		11. 症状経過からみて申請の業務内容について労務不能と認められた医学的な所見を記入してください	

上記のとおり相違ないことを証明します 証明日：令和 年 月 日 ※証明日以前を証明してください ※訂正箇所には医師の訂正印をお願いします

医療機関の所在地
医療機関の名称
医師の氏名

印

電話 ()

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

a. bのどちらかに☑

a. 『労務に服さなかった期間』を含む賃金計算期間に報酬が支給される場合については、以下を記入し、**出勤簿(写)及び賃金台帳(写)等を提出**

・賃金台帳(写)の該当箇所には支給額コードを赤ボールペンで記入。複数の該当箇所から金額が算出される場合は、内訳が分かる様に説明を記載(遡及分、通勤手当、欠勤控除等)

支給賃金内訳	賃金計算期間	月 日～ 月 日分	月 日～ 月 日分	月 日～ 月 日分
	給与形態	<input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> ()
	区分	A 支給額コード	B 支給額コード	C 支給額コード
基礎となる金額	① 基本給	A①	B①	C①
	② 家族手当	A②	B②	C②
	③ 住宅手当	A③	B③	C③
	④ 通勤手当：月払い	A④	B④	C④
	⑤ 通勤手当：まとめ払い	A⑤	B⑤	C⑤
	⑥ ()	A⑥	B⑥	C⑥
欠勤控除やまとめ払いの計算式	⑦ ①. 基本給の欠勤控除分	A⑦	B⑦	C⑦
	控除月 *次月⇒控除月賃金台帳添付 控除等がある場合詳細記載 欠勤控除例： A①÷控除計算日数×欠勤日数＝〇円 通勤費例： 定期代などまとめ払いした通勤費 A⑤60,000円÷対象月数6ヶ月(7～12月分)=10,000円/月 ※申請期間の通勤費を支給した月を含む賃金台帳添付	<input type="checkbox"/> 当月・ <input type="checkbox"/> 次月	<input type="checkbox"/> 当月・ <input type="checkbox"/> 次月	<input type="checkbox"/> 当月・ <input type="checkbox"/> 次月

b. 『労務に服さなかった期間』を含む賃金計算期間に、すべて欠勤で給与支払なし

上記のとおり相違ないことを証明します。 証明日：令和 年 月 日

事業所所在地
事業所名称
事業主氏名

印

電話 ()

担当者