給付０１

傷病手当金請求書（第　１　回目）

被保険者が記入するところ

被保険者証 記号・番号	記号　＊＊＊	番号　＊＊＊＊＊	所属	○○部○○グループ
発病又は負傷の年月日	令和＊＊年＊＊月＊＊日		傷病名	○○○○○○○
発病又は負傷の原因	○○○○○○○○○○○○○			
傷病の療養のために休んだ期間	令和　２年　１０月　１日から 令和　２年　１０月２０日まで　２０日間		左記期間中の報酬	受けました ・受けていません

＊障害年金　・障害手当金を受けている方、受ける予定のある方（年金証書の写しおよ

障害厚生年金又は 障害手当金を受給していますか	はい・いいえ・請求中	
基礎年金番号	受給開始年月日	

＊任意継続被保険者又は資格喪失の方（年金証書の写しおよび下記の内容を証明で

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	はい・いいえ・請求中	
雇用保険を受給していますか	はい・いいえ・請求中・	

上記により傷病手当金を請求します。在職期間中の申請の場合は、本申請書に基づく給付金の支給を事業主へ要請します。

令和　２年１０月２１日　　被保険者（請求者）　住　所　〒＊＊＊－＊＊＊＊＊　○○市△△町１－２－３

氏　名　健保　太郎

日　　長殿　　電話＊＊＊－＊＊＊－＊＊＊＊

内容　　で抹消し、正しい内容と証明者の氏名（サイン）をご記入ください。

過去に同一疾病と関連がある疾病で傷病手当金の給付があった場合（入社前の給付を含む）は、お問合せください。

該当の箇所を記入

療養のため、医師の指示で連続3日間休み4日以上休んだ時、4日目から給付。
（例：R2.10.1～10.3まで待機期間。待機期間は有給休暇積立療養休暇、土日祝日を問わない。）
（R2.10.4～10.20までを給付する。4日目以降は給料の支払いがない。あるいは手当金より少ないこと。R2.9.1～9.30の月単位の申請でも構いません。）
下記「療養を担当した医師の意見欄」の労務不能と認めた期間」と同日を記入ください。

25日給付（従業員は給与にて上乗せ給付）いたします。毎月20日頃を目途に申請ください。

療養を担当した医師の意見

傷病名	○○○○○○○	発病又は負傷の原因	○○○○○○○○○○○○○
発病又は負傷の年月日	令和＊＊年＊＊月＊＊日	療養給付を開始した年月日	令和＊＊年＊＊月＊＊日
労務不能と認めた期間	令和　２年１０月　１日　から 令和　２年１０月２０日　まで　２０日間	診療実日数	３　日
傷病の主症状および経過・概要	○○○○○○○○○○○○○

給付０１

傷病手当金請求書（第　２　回目）

被保険者が記入するところ

被保険者証 記号・番号	記号　＊＊＊	番号　＊＊＊＊＊	所属	○○部○○グループ
発病又は負傷の年月日	令和＊＊年＊＊月＊＊日		傷病名	○○○○○○○
発病又は負傷の原因	○○○○○○○○○○○○○			
傷病の療養のために休んだ期間	令和　２年　１０月　２１日から 令和　２年　１１月　２０日まで　２１日間		左記期間中の報酬	・受けました ・受けていません

＊障害年金　・障害手当金を受けている方、受ける予定のある方（年金証書の写しおよび下記の内容を証明できる直近の書類を添付してください）

障害厚生年金又は 障害手当金を受給していますか	はい・いいえ・請求中	障		
基礎年金番号	受給開始年月日	平成		千円

＊任意継続被保険者又は資格喪失の方（年金証書の写しおよび下記の内容を証明できる直近の書類を添付してください）

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	はい・いいえ・請求中	年金番号	年金額	千円
雇用保険を受給していますか	はい・いいえ・請求中・延長中	←	左記で、「いいえ」と答えた以外の方は、雇用保険受給資格者証または雇用保険受給期間延長許可通知書の写しを添付してください。	

療養のため、医師の指示で労務不能状態が続いている場合、第1回目終了日の翌日からの期間を申請してください。

該当の箇所を記入

上記により傷病手当金を請求します。在職期間中の申請の場合は、本申請書に基づく給付金の受領を事業主へ委任します。

令和　２年１１月２１日　　被保険者（請求者）　住　所　〒　＊＊＊－＊＊＊＊＊　○○市△△町１－２－３

氏　名　健保　太郎

長殿　　電話＊＊＊－＊＊＊－＊＊＊＊

25日給付（従業員は給与にて上乗せ給付）いたします。毎月20日頃を目途に申請ください。

内容に誤りがある場合は、線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名（サイン）をご記入ください。

療養を担当した医師の意見

傷　病　名	○○○○○○○	発病又は負傷の原因	○○○○○○○○○○○○○
発病又は負傷の年月日	令和＊＊年＊＊月＊＊日	療養給付を開始した年月日	令和＊＊年＊＊月＊＊日
労務不能と認めた期間	令和　２年１０月２１日　から 令和　２年１１月２０日　まで　２１日間	診療実日数	４　日
傷病の主症状および経過・概要	○○○○○○○○○○○○○