

支給支払決議書			理事長	常務理事	事務長	係	資格取得日	昭・平・令			年	月	日		
							資格喪失日	令和			年	月	日		
	支給額						平均月額	円							
	支給開始日		令和						年	月	日	平均日額	円		
	支給期間		自 令和						年	月	日	日間	支給日額	円	
			至 令和						年	月	日	障害年金額	円（日額 円）		
全部 一部 不支給	期間	令和						年	月	日から	日間	障害年金額	円（日額 円）		
		令和						年	月	日まで	日間	老齢（退職）年金額	円（日額 円）		
	理由											備考			

傷病手当金請求書（第 1 回）

被保険者が記入するところ	被保険者証の記号番号		記号	30		番号	543210		事業所名称				㈱リケン柏崎事業所									
	被保険者（申請者）の氏名		健康 太郎				被保険者の氏名		昭和	年	月	日	昭和 平成 4 0 0 5 1 5									
	被保険者（申請者）の住所		〒	9	4	5	8	5	5	柏崎市北斗町 1 番 3 7 号				電話 0257 - 23 - 0123								
	被保険者の業務の種類（職場での具体的な仕事の内容をご記入ください）		ピストンリングの旋盤作業系の管理監督業務																			
	傷病名		腰椎骨折				第三者行為によるものですか		はい ・ いいえ													
	発病又は負傷の年月日		平成 令和	31	年	4	月	3	日	発病又は負傷の原因		家で転倒。腰を強打しケガをした。										
	疾病又は負傷で療養のため休んだ期間		自 平成 令和		31	年	4	月	3	日	左の期間に報酬支払を受けたとき、又は受けられるときはその期間及び報酬の額		自 平成 令和		31	年	4	月	3	日	5 日間	67,126 円
	障害厚生年金、老齢厚生（基礎）年金等の受給の有無		該当を○で囲んでください				1.受給中		2.請求中		3.いずれも該当しない											
			上記、1または2と回答された方		受給の要因となった傷病名		種類		1. 障害厚生年金		2. 障害手当金		3. 老齢厚生（基礎）年金									
			支給開始年月日		平・令		年	月	日	年金額		円										
振込先指定口座	第四		銀行		金庫		信組		本店		支店											
			農協		その他（		）		柏崎		出張所											
			普通・当座		口座番号		2 4 6 8 1 0 2		口座名義人		(フリガナ) ケンコウ タロウ											
										健康 太郎												

令和 1 年 6 月 5 日 上記のとおり申請します

委任状	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。		令和 1 年 6 月 5 日	
	被保険者（請求者）	氏名	健康 太郎	
	代理人	住所	新潟県柏崎市〇〇〇	
領収証	金		円也	
	うえの金額を領収いたしました。		令和 年 月 日	
	リケン健康保険組合理事長 殿			
受領者		住所		
		氏名		

(注) 療養のため休業し、その間に報酬の支給を受けた場合は第一順位者なることの証明書を添付すること。労務に服できなかった期間に含めること。

健保受付日付印

労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間の勤務状況および賃金支払状況等をご記入ください。

事業主が証明するところ	被保険者氏名		健康 太郎																																							
	勤務状況:第1回目の請求は直近3ヵ月の状況を、2回目以降は請求月の状況をご記入ください。																															出勤	有給									
	【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。																																									
	平成 31 年 3 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	5 日	2 日							
	平成 31 年 4 月	○	○	△	△	△	公	公	△	△	△	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	計	2 日	5 日							
	平成 1 年 5 月	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	計	2 日								
	①労務に服することができなかった期間に対して、賃金を支給しました(します)か？		給与の種類を○で囲んでください										賃金計算																													
			☒ はい ・ ☐ いいえ										月給 日給 日給月給										締日	20	日																	
	②労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況を下欄に記入してください。		時間給 歩合給 その他										支払日										当月 翌月	末日																		
	支給した(する)賃金内訳	区分	単価	3 月 21 日 ~ 4 月 20 日 分										4 月 21 日 ~ 5 月 20 日 分										賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)について記入をしてください。										労務に服できなかった期間中に報酬を支給したか又は支給されるものであるときは額と日数								
基本給		300,000	182,353										44,118										(4月分欠勤控除) 基本給 300,000円÷20.4日×8日=117,647円										自 平成 令和 31 年 4 月 3 日									
	職務手当	10,000	10,000										10,000										作業手当 400×8日=3,200円										至 平成 令和 31 年 4 月 9 日									
	作業手当	400/日	5,600										1,200										(5月分支給額) 300,000円÷20.4日×3日=44,118円										5 日間									
	家族手当	14,000	14,000										14,000										作業手当 400×3日=1,200円										67,126 円									
	通勤手当	500	500										500										職務・家族・通勤手当については欠勤控除しない。																			
	超過勤務等手当		26,000																																							
	手当																																									
	合計	324,500	238,453										69,818																													
上記のとおり相違ないことを証明します。																																	令和									
事業所所在地 新潟県 柏崎市 △△△ 1-3																																										
事業所名称 株式会社 ○ ○ ○																																										
事業主氏名 理研 一男																																										
電話 0257 (□□) □□□□																																										
傷病手当金の初回申請時には、申請期間とその前1ヵ月分の賃金台帳・出勤簿(タイムカード)の写しの添付をお願いします。																																										
例) 申請期間4月3日～5月15日(賃金締日20日)の場合 ①3月21日～4月20日(申請期間分)、②2月21日～3月20日(申請期間の前1ヵ月分)の添付をお願いします。																																										

療養担当者が意見を記入するところ	患者氏名		この部分は病院で証明してもらって下さい。																														
	傷病名		療養の給付開始年月日(初診日)										平成 令和 年 月 日																				
	発病または負傷の年月日		平成 令和 年 月 日										□ 発病 □ 負傷																				
	労務不能と認めた期間		平・令 年 月 日から 日間										発病または負傷の原因																				
	うち入院期間		平・令 年 月 日から 日間										療養費用の別																				
			年 月 日まで										□ 健保 □ 公費(□ 自費 □ その他)																				
			年 月 日まで										転帰																				
			年 月 日まで										□ 治癒 □ 中止 □ 繰越 □ 転医																				
	診療実日数		診療日を										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																				
			○で囲んで										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																				
		日 ください。										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																					
上記の期間中における「主たる症状および経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等(詳しく)																																	
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																																	
上記のとおり相違ないことを証明します。																																	
令和 年 月 日																																	
医療機関の所在地																																	
医療機関の名称																																	
医師の氏名																																	
電話 ()																																	