この欄は何も記入しないでください

本件支給決定してよろしいか	常務理事	事務長		担当者	摘要
					円× 2/3 × 日＝

支給期間	支給日数	支給回数	支給決定額
自 年 月 日 至 年 月 日	日	回 目	万 千 百 十 円

前回までの支給期間	標準報酬月額	千円
自 年 月 日 至 年 月 日	／ ～ ／ 日間 ／ ～ ／ 日間 ／ ～ ／ 日間	差額支給 １０８条該当
資格関係	年 月 日 取得 年 月 日 喪失	負傷原因確認済［ ・ ・ ］

傷病手当金請求書（第　1回目）

一か月ごとを目安に請求ください。

被保険者が記入するところ

①被保険者の記号番号	記号	番号	②被保険者の氏名	西日本　太郎
	○○	××××		

③被保険者の現住所	〒547－×××× 大阪市平野区○○町×－×－×	℡ 06－××××－△△△△
④事業所の名称	○×化成㈱	
⑤被保険者の業務の種別	成形工	⑥業務の内容 工場内での成形作業
⑦法人の役員ですか	はい　(いいえ)	

⑧請求期間（病気又はケガの療養の為に休んだ期間）	令和３年　5月21日から 令和３年　6月20日まで 31日間	⑨左の期間のうち出勤した期間	年　月　日 年　月　日０日間
		⑩左の期間のうち有給休暇をとった期間	年　月　日 年　月　日０日間

⑪⑧の休んだ期間に対して給料を受けましたか	ア．全部受けた　エ．一部受けた イ．全部受けられる　オ．一部受けられる ウ．受けられない	⑫給料の支払期間と報酬額	年　月　日から 年　月　日までの　日分 ０円

⑬傷病名	左膝蓋骨骨折	(ケガ)・病気	⑮何をしていて、どのように負傷したか (私用中)・勤務中・通勤途中・交通事故・その他 自宅の階段を踏み外し、転倒した時に膝を打った
⑭負傷（ケガ）の原因	いつ　令和３年　5月頃 どこで　自宅		
⑯発病（発症）の原因	いつごろ　年　月頃 発病原因		

無記入の場合は、一度返却させていただく場合があります。わかる範囲で記入ください。

⑰障害年金又は障害手当金を受給していますか	(いいえ)・請求中・はい⇒	基礎年金番号及び年金証書の年金コード	受給の原因となった傷

⑱任意継続被保険者の方及び資格喪失者の方	
ア．雇用保険の受給期間延長手続きをされていますか	いいえ・手続中・はい
イ．老齢又は退職を事由とする公的年金を受けていますか	いいえ・請求中・はい

ウ．基礎年金番号		年金額	円
エ．年金を受給されている方は年金コードを記入してください。			円
			円
		合計	円

⑲取得日より一年未満の方（以前に加入していた健康保険を記入ください）	健康保険の名称（支部等） ○○支部	・健康保険組合・(協会けんぽ)・国民健康保険	記号番号○○○○×××× 氏名　西日本　太郎

振込先	(銀行)・農協　本店(支店) △△信用金庫　○○出張所 信用組合　支所	預金種目	口座番号	口座名義（フリガナ）
		普通　(当座)	1 1 1 1 1 1	（フリガナ）マルバツカセイ（カ ○×化成㈱

記入漏れが多い箇所となっております。

委任状	私は、本請求に基づく給付金の受領を 住所　大阪市西区○○町×－×－× 氏名　○×化成㈱　に委任します。 令和３年　6月26日　被保険者氏名　西日本　太郎

※裏面の注意事項をよく読んでから記入してください。　　西日本プラスチック工業健康保険組合

事業主が証明するところ

①労務に服さなかった期間（公休日も含む）	令和３年　5月　21日から　令和３年　6月　20日まで　31日間

②上の期間の欠勤状況記入要項 出勤は→出 欠勤は→欠 有給は→有 公休は→公		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15		計
	5月	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
							欠	欠	欠	欠	公	公	欠	欠	欠	欠	欠	日間
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15		計
		公	公	欠	欠	欠	欠	欠	公	公	欠	欠	欠	欠	欠	公		
	6月	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
給与の締日・支払日		公	欠	欠	欠	欠												日間

20日締め	25日支払		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15		計
			16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
		月																	日間

③職場復帰しましたか	(ア.) 欠勤中（証明日現在）　イ.　月　日から出勤　ウ.　月　日付で退職
④報酬の支給形態	ア．月給　(イ.) 日給月給　ウ．日給　エ．時間給　オ．その他（　）
⑤欠勤した場合の報酬の計算方法	基本給　ア．控除しない　(イ.) 控除する（欠勤１日につき　¥10,000　） 諸手当　ア．控除しない　(イ) 控除する（欠勤１日につき　全欠の場合は支給しない　） その他（　）

⑥　上記①の期間中における報酬（今後支払う予定のものを含む）の支給額等について

		基本給	役付手当	家族手当	住宅手当	通勤手当		
欠勤しなかった場合の１か月の給与額		200,000円	円	10,000円	10,000円	円	円	円
実際の給与	6月分	5／21～6/20	／ ～ ／	5／21～6／20	5／21～6／20	／ ～ ／	／ ～ ／	／ ～ ／
		0円	円	0円	0円	円	円	円
	月分	／ ～ ／	／ ～ ／	／ ～ ／	／ ～ ／	／ ～ ／	／ ～ ／	／ ～ ／
		円	円	円	円	円	円	円
	月分	／ ～ ／	／ ～ ／	／ ～ ／	／ ～ ／	／ ～ ／	／ ～ ／	／ ～ ／
		円	円	円	円	円	円	円

上記のとおり相違ありません。
令和３年　6月26日　事業所の所在地　大阪市西区○○町×－×－×
名称　○×化成㈱
事業主の氏名　健保　太郎

連絡先
℡ 06－××××－××××
担当者名　健康

医師が記入するところ

原因 病名	左膝蓋骨骨折		
⑧発病又は負傷年月日	令和３年　5月15日	⑨診療開始年月日	令和３年　5月16日
⑩上記①の期間のうち労務不能と認めた期間	令和３年　5月21日から 令和３年　6月20日まで　31日間	⑪診療実日数	31日

⑫上記⑩の期間のうち入院した期間	⑭上記⑩の期間について傷病の主症状、経過等について詳しく記入してください
令和３年　5月25日から 令和３年　6月20日まで 27　日間	左膝の痛みを訴え来院。レントゲン検査等の諸検査実施。上記傷病名と診断。今後も経過観察を要する。
⑬人工透析を実施又は人工臓器を装着した場合の記入欄 年　月　日　人工透析実施 人工臓器装着	

（人工臓器等の種類） ア．人工透析　イ．人工肛門 ウ．人工関節　エ．人工骨頭 オ．心臓ペースメーカー カ．その他（　）	転帰	(ア.) 継続　イ．転医　ウ．治癒（　月　日）　エ．死亡
	就労の見込みについて	ア．　月　日頃から就労可能の見込み (イ.) 現時点では不明

上記のとおり相違ありません。
令和３年　6月23日　医療機関の所在地　大阪市平野区○○町××－×
医療機関の名称　○○総合病院
担当医師氏名・印　日本　一郎　㊞　℡ 06（××××）××××