

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× $\frac{2}{3}$ ×日=
	支給期間		支給日数	支給回数
	自	年	月	日
	至	年	月	日
	前回までの支給期間	自	年	月
	至	年	月	日
	資格関係	年	月	日
	取得	年	月	日
	喪失	年	月	日
	標準報酬月額	千円		
	備考	負傷原因確認済	[	・

傷病手当金請求書 (第 回目)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	①被保険者の記号と番号	記号	番号	②被保険者の氏名		
	③被保険者の現住所	〒 _____				
	④事業所の名称	_____				
	⑤被保険者の業務の種別	⑥業務の内容	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)	年	月	日から	⑨左の期間のうち出勤した期間	年
		年	月	日まで	⑩左の期間のうち有給休暇をとった期間	年
	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	⑫給料の支払期間と報酬額	年	月
		イ. 全部受けられる	オ. 一部受けられる		年	月
		ウ. 受けられない			日	分
	⑬傷病名	ケガ	⑮何をしています、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		
	⑭負傷(ケガ)の原因	いつ	年	月	日	
	⑯発病(発症)の原因	いつごろ	年	月	頃	
	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病名		
	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。		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	記号番号	氏名			
振込先	銀行・農協	本店・支店	預金種目	口座番号	口座名義(フリガナ)	
	信用金庫	出張所	普通 当座		(フリガナ)	
	信用組合	支所				
委任状	私は、本請求に基づく給付金の受領を 住所 _____ 氏名 _____ に委任します。 年 月 日 被保険者氏名 _____ ⑳				支給日	

※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 2024.12 改

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)	年	月	日から	年	月	日まで	日間										
	② 上の期間の欠勤状況記入要項	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	日間
	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	
		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日間
	給与の締日・支払日	月															日間	
	日締め	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	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 )																
	諸手当	ア. 控除しない イ. 控除する(欠勤1日につき )																
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	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	
実際の給与	月分	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	
	月分	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	
	月分	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	
上記のとおり相違ありません。																		
年 月 日 事業所の所在地 _____																		
名称 _____																		
事業主の氏名 _____																		
連絡先 _____																		
TEL _____																		
担当者名 _____																		

医 師 が 記 入 す る と こ ろ	⑦ 労務不能の原因となった傷病名																	
	⑧ 発病又は負傷年月日	年	月	日	⑨ 診療開始年月日	年	月	日										
	⑩ 上記①の期間のうち労務不能と認めた期間	年	月	日から	年	月	日まで	日間	⑪ 診療実日数	日								
		年	月	日まで	日間	⑫ 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												
	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)		転	帰	ア. 継続 イ. 転医 ウ. 治癒(月日) エ. 死亡													
	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( )		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。																	
	年 月 日 医療機関の所在地 _____																	
医療機関の名称 _____																		
担当医師氏名・印 _____ ㉑ TEL ( )																		

- 記入するときは、鉛筆は使用しないでください。
- 記入もれのないように注意してください。
- 別途、必要書類等の提出をもとめる場合があります。
- 訂正したところは、それぞれに訂正印を押してください。
- 傷病手当金は給与の代わりとなるものですので、できるだけ給与の締め日にあわせて、1か月分ずつ請求してください。

被保険者が記入するところ

- ①欄 健康保険情報が確認できるもの（資格情報のお知らせ・資格確認書・マイナポータルなど）で記号番号を確認し記入してください。
  - ②欄 被保険者の氏名を記入してください。
  - ③欄 必ず郵便番号から記入してください。
  - ④欄 被保険者の勤務先の事業所名を記入してください。
  - ⑤欄 被保険者の業務について具体的に（経理事務、成形工等）記入してください。  
すでに退職している場合は、退職の直前の業務を記入してください。
  - ⑥欄 業務の内容について詳しく（給与計算・労務事務担当、工場での成形作業等）
  - ⑦欄 どちらかに○をつけてください。
  - ⑧欄 日数は間違いのないように記入してください。
  - ⑨欄 ⑧の期間のうち出勤した期間があれば記入してください。
  - ⑩欄 ⑧の期間のうち有給休暇をとった期間があれば記入してください。
  - ⑪⑫欄 ア～オのうち該当するものに○をつけてください。  
ア、イ、エ、オに○をした場合は給料を受けた期間と金額を記入してください。
  - ⑬欄 労務不能の原因となった傷病名を記入して、ケガ・病気のいずれかに○をつけてください。
  - ⑭⑮欄 ⑬でケガに○をした場合にできるだけ詳しく記入してください。
  - ⑯欄 ⑬で病気に○をした場合に記入してください。  
発症の原因がわからない場合は「不詳」と記入してください。
  - ⑰欄 障害年金、障害手当金について記入してください。  
受給している場合は支給額のわかる書類（支払通知書等）の写しを添付してください。
  - ⑱欄 任意継続中又は資格喪失後の場合にのみ記入してください。  
◎雇用保険の受給延長手続きを行った場合は受給延長通知書の写しを添付してください。  
◎年金を受給されている場合は、年金証書の写しと年金額のわかる書類（支払通知書、改定通知書等）の写しを添付してください。現在手続き中の場合は、年金支給見込み額のわかるものを添付してください。
  - ⑲欄 健康保険を取得して一年未満に方については以前加入されていた健康保険を記入してください。
- 振込先 被保険者名義の口座に振込を希望される場合は委任状欄は空欄のままです。
- 委任状 代理人名義の口座に振込を希望される場合は、委任状欄に代理人の住所・氏名を記入し、被保険者が署名・捺印してください。

◎被保険者の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、請求書の余白へ記載してください。  
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための身分証などの添付書類が必要です。)

事業主が証明するところ

- ①欄 労務に服さなかった期間を有給、公休も含めて記入してください。
- ②欄 ①の期間の欠勤状況について出勤簿等に基づいて正しく記入してください。
- ③欄 証明日現在の被保険者の勤務状態について記入してください。
- ④欄 被保険者の報酬形態について記入してください。
- ⑤欄 欠勤した場合の報酬の計算方法について計算式等を具体的に記入してください。
- ⑥欄 「欠勤しなかった場合の1か月の給与額」について  
日給制、時給制の場合は、基本給の欄に㊦△△円、㊧××円と記入してください。  
「実際の給与」欄について  
各月の給与の締切ごとに記入してください。
- ◎ 該当期間の出勤簿・タイムカードの写し、給与明細の写しを添付してください。
- ◎ すでに退職している場合は、退職日後に係る証明は必要ありません。
- ◎ 問い合わせは「連絡先」欄に記入されたご担当者様に行いますので、必ず記入してください。

医師が記入するところ

- 受診している医療機関の担当の医師に記入してもらってください。
- ⑭欄はできるだけ詳しく記入してもらってください。