

# 傷病手当金請求書（第 回）

|                                                          |                                                                                                                                                                                             |                    |                     |                    |               |                                            |        |  |
|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|---------------------|--------------------|---------------|--------------------------------------------|--------|--|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>が<br>記<br>入<br>す<br>る<br>と<br>こ<br>ろ | 被保険者等の                                                                                                                                                                                      | 記号                 |                     | 事業所の<br>名称         |               |                                            |        |  |
|                                                          |                                                                                                                                                                                             | 番号                 |                     |                    |               |                                            |        |  |
|                                                          | 氏 名                                                                                                                                                                                         |                    |                     |                    | 生 年 月 日       | 年 月 日                                      |        |  |
|                                                          | 業務の内容(具体的に)(退職後の請求の場合は退職前の業務内容)                                                                                                                                                             |                    |                     |                    |               |                                            |        |  |
|                                                          | 発病又は負傷の年月日                                                                                                                                                                                  | 年 月 日              |                     | 傷病名                |               |                                            |        |  |
|                                                          | 上記傷病の療養<br>のため休んだ期間                                                                                                                                                                         | 年 月 日から<br>年 月 日まで |                     | 日間                 | 発病又は<br>負傷の原因 | 1. 病気 ( )<br>2. ケガ → 初回のみ「負傷届」を併せて提出してください |        |  |
|                                                          | 上記の期間で<br>報酬を                                                                                                                                                                               | 1. 受けた<br>2. 受けない  | 報酬を受けたとき<br>その期間と金額 | 年 月 日から<br>年 月 日まで |               | の分として 円                                    |        |  |
|                                                          | 上記傷病で、障害厚生年金や障害手当金を受けていますか                                                                                                                                                                  |                    |                     |                    |               | はい ・ 請求中 ・ いいえ                             |        |  |
|                                                          | 老齢厚生年金を受けていますか                                                                                                                                                                              |                    |                     |                    |               | はい ・ 請求中 ・ いいえ                             |        |  |
|                                                          | 今回の請求は労災保険から休業補償給付を受けている期間のものですか                                                                                                                                                            |                    |                     |                    |               | はい ・ 請求中 ・ いいえ                             |        |  |
| 振込(送金)を<br>希 望 す<br>る 銀 行 名 等                            | <input type="checkbox"/> 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。(利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は下記の欄を記入。)<br><small>注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受領を委任する場合は、公金受取口座を利用できません。</small> |                    |                     |                    |               |                                            |        |  |
|                                                          | フリガナ                                                                                                                                                                                        |                    |                     |                    | 本店            | 預金の                                        | 1. 普 通 |  |
|                                                          |                                                                                                                                                                                             |                    | 銀行                  |                    | 支店            | 種 類                                        | 2. 当 座 |  |
|                                                          | 口座番号                                                                                                                                                                                        |                    |                     | 口座名義人              | フリガナ          |                                            |        |  |
| こ<br>ろ                                                   | 上記により請求します。<br>また、私は、ユニチカ健康保険組合が傷病手当金の支給決定をするにあたり、症状、労務不能と判断された理由等について、関係諸機関へ照会することに同意します。<br><div style="text-align: center;">〒 -</div>                                                    |                    |                     |                    |               |                                            |        |  |
|                                                          |                                                                                                                                                                                             |                    | 被保険者                | 住所                 |               |                                            |        |  |
|                                                          |                                                                                                                                                                                             |                    | ユニチカ健康保険組合 殿        | 氏名                 |               |                                            |        |  |
|                                                          |                                                                                                                                                                                             |                    |                     | 電話 ( ) -           |               |                                            |        |  |
| 確認欄                                                      | <input type="checkbox"/> この請求については、請求者本人(被保険者)が作成したものです                                                                                                                                     |                    |                     |                    |               |                                            |        |  |
| 委任する時                                                    | 上記請求金額の受領方を 住所 氏名 に委任します<br>年 月 日 被保険者氏名                                                                                                                                                    |                    |                     |                    |               |                                            |        |  |
| 備考欄                                                      | 被保険者等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、備考欄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添付書類が必要です。)                                                                                                    |                    |                     |                    |               |                                            |        |  |

|                            |                          |       |                                                                                     |                                                                                                                        |                                                     |    |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------------------|--------------------------|-------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|----|-----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 医<br>師<br>の<br>意<br>見<br>欄 | 患者名                      |       |                                                                                     |                                                                                                                        | 発病又は<br>負傷の原因                                       |    |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                            | 傷病名                      |       |                                                                                     |                                                                                                                        |                                                     |    |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                            | 発病又は負傷の年月日               | 年 月 日 |                                                                                     | 労務不能と<br>認めた期間                                                                                                         | 年 月 日から<br>年 月 日まで                                  | 日間 | 診療<br>実日数 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                            | 診療を開始した年月日               | 年 月 日 |                                                                                     | 上の期間の内<br>入院した期間                                                                                                       | 年 月 日から<br>年 月 日まで                                  | 日間 |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                            | 診 察 日 を<br>○で囲んで<br>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 |                                                                                                                        |                                                     |    |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                            |                          | 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 |                                                                                                                        |                                                     |    |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                            |                          | 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 |                                                                                                                        |                                                     |    |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                            | 傷病の主症<br>状及び経過<br>の 概 要  |       |                                                                                     |                                                                                                                        | 以上のとおり相違ありません 年 月 日<br>医療機関の所在地<br>医療機関の名称<br>医師の氏名 |    |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 労務不能と<br>認められた<br>医学的所見    |                          |       |                                                                                     | 電話 ( ) -<br><small>※医療機関の所在地・名称はゴム印(スタンプ等)を使用してください。<br/>記入内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)を記入してください。</small> |                                                     |    |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

# 傷病手当金請求書（第 回）

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（賃金計算の締日の翌日から締日の期間）における勤務状況および賃金支給状況等についてご記入ください。  
また、賃金支給状況がわかるよう、賃金計算方法や欠勤控除計算方法等をご記入ください。

|                                                                         |                                                   |                                                                                                                          |                                                             |  |       |  |                                                                                             |  |                                                                     |                |      |  |     |  |                                                            |  |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |    |    |
|-------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|--|-------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------|----------------|------|--|-----|--|------------------------------------------------------------|--|---|---|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|----|----|
| 事業主の証明欄                                                                 | 被保険者氏名                                            |                                                                                                                          |                                                             |  |       |  |                                                                                             |  |                                                                     |                |      |  |     |  |                                                            |  |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |    |    |
|                                                                         | 勤務状況【出勤は○】、【有給は△】、【公休・協定休は公】、【欠勤は／】でそれぞれ表示してください。 |                                                                                                                          |                                                             |  |       |  |                                                                                             |  |                                                                     |                |      |  |     |  |                                                            |  |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  | 出勤 | 有給 |
|                                                                         | 年 月                                               | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16                                                                                   |                                                             |  |       |  |                                                                                             |  |                                                                     |                |      |  |     |  |                                                            |  |   | 計 | 日 | 日 |  |  |  |  |  |  |  |  |    |    |
|                                                                         |                                                   | 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31                                                                             |                                                             |  |       |  |                                                                                             |  |                                                                     |                |      |  |     |  |                                                            |  |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |    |    |
|                                                                         | 年 月                                               | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16                                                                                   |                                                             |  |       |  |                                                                                             |  |                                                                     |                |      |  |     |  |                                                            |  |   | 計 | 日 | 日 |  |  |  |  |  |  |  |  |    |    |
|                                                                         |                                                   | 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31                                                                             |                                                             |  |       |  |                                                                                             |  |                                                                     |                |      |  |     |  |                                                            |  |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |    |    |
|                                                                         | 年 月                                               | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16                                                                                   |                                                             |  |       |  |                                                                                             |  |                                                                     |                |      |  |     |  |                                                            |  |   | 計 | 日 | 日 |  |  |  |  |  |  |  |  |    |    |
|                                                                         |                                                   | 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31                                                                             |                                                             |  |       |  |                                                                                             |  |                                                                     |                |      |  |     |  |                                                            |  |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |    |    |
|                                                                         | 上記の期間に対して、賃金を支給しましたか                              |                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> はい<br><input type="checkbox"/> いいえ |  | 給与の種類 |  | <input type="checkbox"/> 日給月給<br><input type="checkbox"/> 月給<br><input type="checkbox"/> 日給 |  | <input type="checkbox"/> 時間給<br><input type="checkbox"/> その他<br>( ) |                | 賃金計算 |  | 締日  |  | 日                                                          |  |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |    |    |
|                                                                         |                                                   |                                                                                                                          |                                                             |  |       |  |                                                                                             |  |                                                                     |                |      |  | 支払日 |  | <input type="checkbox"/> 当月<br><input type="checkbox"/> 翌月 |  | 日 |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |    |    |
|                                                                         | 賃金支給状況（賃金を支給しなかった賃金計算期間については記入不要です。）              |                                                                                                                          |                                                             |  |       |  |                                                                                             |  |                                                                     |                |      |  |     |  |                                                            |  |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |    |    |
|                                                                         | 支給した賃金内訳                                          | <div> <div> <div>期間</div> <div>区分</div> </div> <div> <div>単価</div> <div>月 日～<br/>月 日分</div> <div>支給額</div> </div> </div> | 月 日～                                                        |  | 月 日～  |  | 月 日～                                                                                        |  | 賃金計算方法（欠勤控除計算方法等）について記入してください。                                      |                |      |  |     |  |                                                            |  |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |    |    |
|                                                                         |                                                   |                                                                                                                          | 月 日分                                                        |  | 月 日分  |  | 月 日分                                                                                        |  |                                                                     |                |      |  |     |  |                                                            |  |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |    |    |
|                                                                         |                                                   |                                                                                                                          | 支給額                                                         |  | 支給額   |  | 支給額                                                                                         |  |                                                                     |                |      |  |     |  |                                                            |  |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |    |    |
|                                                                         |                                                   |                                                                                                                          | 基本給                                                         |  |       |  |                                                                                             |  |                                                                     |                |      |  |     |  |                                                            |  |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |    |    |
| 通勤手当                                                                    |                                                   |                                                                                                                          |                                                             |  |       |  |                                                                                             |  |                                                                     |                |      |  |     |  |                                                            |  |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |    |    |
| 住宅手当                                                                    |                                                   |                                                                                                                          |                                                             |  |       |  |                                                                                             |  |                                                                     |                |      |  |     |  |                                                            |  |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |    |    |
| 扶養手当                                                                    |                                                   |                                                                                                                          |                                                             |  |       |  |                                                                                             |  |                                                                     |                |      |  |     |  |                                                            |  |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |    |    |
| 手当                                                                      |                                                   |                                                                                                                          |                                                             |  |       |  |                                                                                             |  |                                                                     |                |      |  |     |  |                                                            |  |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |    |    |
| 手当                                                                      |                                                   |                                                                                                                          |                                                             |  |       |  |                                                                                             |  |                                                                     |                |      |  |     |  |                                                            |  |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |    |    |
| 現物給与                                                                    |                                                   |                                                                                                                          |                                                             |  |       |  |                                                                                             |  |                                                                     |                |      |  |     |  |                                                            |  |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |    |    |
| 計                                                                       |                                                   |                                                                                                                          |                                                             |  |       |  |                                                                                             |  |                                                                     |                |      |  |     |  |                                                            |  |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |    |    |
| 今回請求の傷病で、障害厚生年金や障害手当金を受けていますか                                           |                                                   |                                                                                                                          |                                                             |  |       |  |                                                                                             |  |                                                                     | はい ・ 請求中 ・ いいえ |      |  |     |  |                                                            |  |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |    |    |
| 老齢厚生年金を受けていますか                                                          |                                                   |                                                                                                                          |                                                             |  |       |  |                                                                                             |  |                                                                     | はい ・ 請求中 ・ いいえ |      |  |     |  |                                                            |  |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |    |    |
| 今回の請求は労災保険から休業補償給付を受けている期間のものですか                                        |                                                   |                                                                                                                          |                                                             |  |       |  |                                                                                             |  |                                                                     | はい ・ 請求中 ・ いいえ |      |  |     |  |                                                            |  |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |    |    |
| 以上のとおり相違ありません。         年 月 日<br><br>住所<br>事業主 名称<br>氏名         電話 ( ) - |                                                   |                                                                                                                          |                                                             |  |       |  |                                                                                             |  |                                                                     |                |      |  |     |  |                                                            |  |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |    |    |

|                       |                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------------------|-----------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 健<br>保<br>処<br>理<br>欄 | 計算基礎                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                       | (標準報酬日額計算)                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                       | <input type="checkbox"/> 被保険者期間1年以上     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                       | ( 千円 × 月 + 千円 × 月 ) ÷ 12月 ÷ 30日 ≙       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                       | <input type="checkbox"/> 被保険者期間1年未満     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                       | ( 千円 × 月 + 千円 × 月 ) ÷ 月 ÷ 30日 ≙         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                       | 前年度の9月30日における全被保険者の標準報酬月額平均額 千円 ÷ 30日 ≙ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                       | (標準報酬日額) (108条該当) (支給日額) (日数) (支給額)     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                       | ( × $\frac{2}{3}$ - 円 銭 = 円 銭 ) × =     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                       | 合計 日 円                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |