

振 込 希 望 口 座	1 金融機関	② 銀行		店・本店 支店・出張所
	① 金融機関コード	〇 〇	金庫	〇 〇
	※		信組	
		信連・信漁連		本所・支所 本店・支店
	② 預金種別	③ 口座番号	④ (フリガナ) ケンボ タロウ	
	1:普通 2:当座 3:別段	1 2 3 4 5 6 7	口座名義	
			健保 太郎	

① ご希望の振込金融機関について記入してください。

② ②、③の欄は、ご希望の振込金融機関口座の銀行・支店名等および預金種別を記入してください。ゆうちょ銀行の口座へお振込みを希望される場合は、ゆうちょ銀行と店名(支店名)を必ず記入してください。

③ 口座番号欄は左づめで、大きくはつきりと記入してください。ゆうちょ銀行の口座へお振込みを希望される場合は、従来の口座番号(記号・番号(13桁))ではなく、振込専用の新しい口座番号(7桁)を記入してください。

④ 口座名義の氏名、フリガナを大きくはつきりと記入してください。なお、「口座名義」が被保険者(申請者)と異なる場合は、⑤の「受取代理人の欄」の記入が必要です。

⑤ 給付金の受け取りを代理人に委任する場合は、「受取代理人の欄」に必要事項を記入してください。受取代理人の欄の被保険者および受取代理人の印は必ず押印してください。(受取代理人の印は、被保険者の印と別の印鑑で押印してください。)

⑥ 傷病の原因が負傷(ねんざ、打撲、骨折、擦傷、打ち身など)の場合は、「負傷原因記入欄」に必要事項を記入してください。傷病の原因が病気の場合は記入不要です。

⑦ 負傷した原因が、第三者によるもの場合、「第三者行為による傷病届」の提出が必要となります。詳しくは全国健康保険協会各支部にお問い合わせください。

⑧ 負傷したときの状況をなるべく詳しく(具体的に)記入してください。

給付金に関する受領を代理人に委任する(申請者名義以外の口座に振込を希望される)場合に記入してください。

受 取 代 理 人 の 欄	⑤ 本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。	平成 年 月 日
	住所	
	被保険者(申請者) 氏名	印
受取人情報欄	代理人の氏名と印 (フリガナ)	委任者と代理人との関係
	代理人の住所 (〒 -)	電話 ()

負傷原因記入欄 初回申請時のみ記入してください。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	⑥ ② 負傷の原因について記入してください。(該当する□にチェック(☑)してください。)	⑧ 負傷したときの状況(原因)を具体的に記入してください。
	[負傷日時・場所等]	[受診した医療機関]
	1. いつケガ(負傷)をしましたか。	7. 診療を受けた医療機関名とその期間等
	平成 20 年 10 月 5 日 (日曜日)	医療機関名 品川〇〇総合病院
	□午前・☑午後 8 時 30 分頃	平成 20 年 10 月 ~ 平成 20 年 10 月 ☑治療・□治療中
	2. ケガ(負傷)をした日は次のうちどの日でしたか。	医療機関名
	□出勤日・☑休日(定休日・休暇含む)	平成 年 月 ~ 平成 年 月 □治療・□治療中
	□その他 ()	8. 負傷したときの状況(原因)を具体的に記入してください。
	3. ケガ(負傷)をした時は次のうちどの時間帯でしたか。	日曜日に買い物に出かけ、駅からデパートへ向かう途中に転倒し、左肩を強打した。
	□勤務時間中・□通勤途中(□出勤・□退勤)	
□出張中・☑私用・□その他 ()		
4. ケガ(負傷)をした場所はどこでしたか。		
□会社内・☑道路上・□自宅		
□その他 ()		
5. ケガをした原因で次にあてはまる場合がありますか。		
□交通事故・□暴力(ケンカ)		
□スポーツ中(□職場の行事・□職場の行事以外)		
□動物による負傷(飼主□有・□無)		
☑あてはまらない		
6. 「上記5」にあてはまる原因がある場合、あなたは被害者ですか、加害者ですか。		
相手 □有 → □あなたは被害者		
□無		
※相手のいる負傷の場合は、「第三者の行為による傷病届」が必要となります。	9. 被保険者が代表取締役等役員の方の場合	
	労災保険に特別加入していますか。 □加入有・□加入無	

社会保険労務士の
提出代行者印

印

平成 20 年 11 月 21 日提出

裏面に傷病手当金の支給要件等について案内があります。

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記入してください。

① 勤務状況(出勤は○で、有給は△で、公休は◇で、欠勤は/でそれぞれ表示してください。)

20年10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	8	5
年 月																													計	日	日			

② 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?
 はい ・ いいえ

③ 給与の種類(○で囲んでください) ④ 賃金計算

月給	日給	日給月給	締日	未
時間給	歩合給	その他	支払日	当日 16日

⑤ 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。
欠勤控除額
 $300,000円 \div 30日 \times 9日 = 90,000円$

期間	単価	10月1日 ~ 10月31日分	月 日 ~ 月 日分	月 日 ~ 月 日分
支給した(する)賃金内訳		支給額	支給額	支給額
基本給	300,000	210,000		
通勤手当	20,000	20,000		
住居手当				
扶養手当				
手当				
手当				
現物給与				
計	320,000	230,000		

上記のとおり相違ないことを証明します。 平成 20 年 11 月 20 日

事業所所在地 東京都千代田区△△ 1-1
 事業所名称 (株)協会商事
 事業主氏名 協会 三郎

① お勤め先の事業所に証明を受けてください。資格喪失日以降の期間に関する申請については、空欄で提出してください。

<事業主の方へ>

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(賃金計算の締日の翌日から締日の期間)の勤務状況について、出勤した場合は○で、有給の場合は△で、公休日の場合は◇で、欠勤の場合は/で表示してください。

③ 給与の種類について、該当する給与の種類を○で囲んでください。

④ 賃金計算の締日および賃金の支払日を記入してください。

⑤ 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における賃金支給状況について記入してください。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記入してください。

※ 「初回申請分」には、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とその期間前1ヵ月分の賃金台帳と出勤簿(タイムカード)の写しを添付してください。役員などで、出勤簿および賃金台帳がない場合は、役員報酬を支給しないこととする役員会議議事録の写しを添付してください。

⑥ 療養担当者(医師等)に証明を受けてください。

<療養担当者の方へ>

⑦ 複数の傷病名がある場合、(1)から主たる病名を順次記入してください。

⑧ 左の傷病名について、その傷病の初診の日を記入してください。

⑨ 治療期間でなく、療養のため就労できなかったと認められる期間とその日数を記入してください。また、証明日以前の期間を記入してください。

⑩ 症状および経過、労務不能と認められた医学的な所見を詳しく記入してください。

⑥ 患者氏名 健保 太郎

⑦ 傷病名 (1) 鎖骨骨折 (2) (3)

⑧ 療養の給付開始年月日(初診日) (1) 20年10月5日 (2) 年 月 日 (3) 年 月 日

発病または負傷の年月日 平成 20 年 10 月 5 日 発病または負傷の原因 左肩部強打

⑨ 労務不能と認められた期間 20年10月6日から19日間 20年10月24日まで

⑩ のうち入院期間 年 月 日から 日 年 月 日まで 入院 療養費用の別 (健保) 自費 公費 () その他 () 転 帰 () 繰越 中止 転医

⑩ 診察実日数 5 日 診察日を○で囲んでください。

10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

⑩ 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)

鎖骨を骨折し、10/5初診。鎖骨バンドで鎖骨を固定。固定するまで安静とし、固定後リハビリが必要。

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

骨折した部位が固定するまで安静が必要で、固定後リハビリが必要であったため、労務不能と判断した。

人工透析を実施または人工臓器を装着した日 昭和・平成 年 月 日

人工臓器等の種類	ア. 人工肛門	イ. 人工関節	ウ. 人工骨頭	エ. 心臓ペースメーカー
	オ. 人工透析	カ. その他 ()		

上記のとおり相違ありません。 平成 20 年 10 月 25 日

医療機関の所在地 東京都品川区△△ 1-1
 医療機関の名称 品川〇〇総合病院
 医師の氏名 保険 五郎

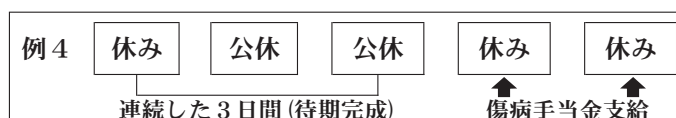
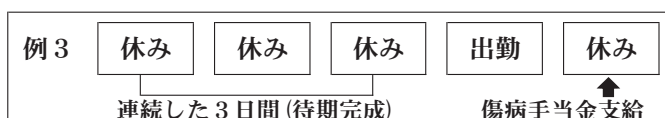
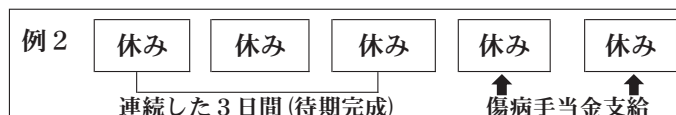
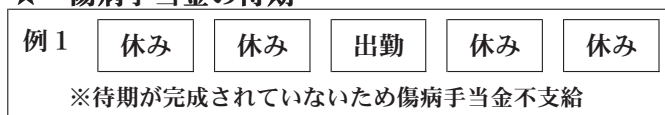
傷病手当金の支給要件等

■ 支給を受ける条件

被保険者が病気やけがの療養のため仕事を休み、給与を受けられないなど、次の条件を満たした場合は、傷病手当金が支給されます。

1. 業務外の事由による病気やけがのため療養中であること
2. 仕事につけないこと（労務不能）
労務不能の判定は、療養担当者（医師等）の意見を基に被保険者の従事する業務の種別を考慮し、本来の業務に耐えられるか否かを基準として行います。
3. 連続する3日間を含み、4日以上労務に服せなかったこと
業務外の事由による病気やけがのため労務に服することができなくなってから休んだ日が連続して3日間あり、4日目以降労務に服せなかった日ごとに支給されます。この連続して休んだ3日間を「待期」といい、待期が完成していないと傷病手当金は支給されません。

★ 傷病手当金の待期



(注1) 就労時間中に業務外の事由で発生した傷病について労務不能となった場合には、その日を待期期間の初日として起算されます。

(注2) 土日、祝日の公休日も待期期間中に算入されます。

4. 給与（報酬）の支払いがないこと
休んだ期間について、給与の支払いがない場合に支給されますが、給与の支払いがあっても傷病手当金の額より少ない場合は、その差額が支給されます。

<資格喪失後の継続給付について>

被保険者の資格を失った場合でも、資格喪失日の前日（退職日等）までに被保険者期間が継続して1年以上あり、資格喪失日の前日（退職日等）に傷病手当金の支給を受けているか、受けられる状態（上記1～3の条件を満たしている）であれば、資格喪失後も引き続き支給を受けることができます。

■ 支給期間と支給額

1. 支給期間

傷病手当金は支給開始日から最長で1年6ヵ月の期間で、支給要件を満たした期間について支給されます。支給開始日は、実際に傷病手当金の支給が開始された日で、これを起算日としています。例えば、労務不能のため仕事を休み3日間の待期を完成して、4日目も労務不能のため仕事を休み、給与（報酬）の支払いを受けない場合は、4日目から支給され、その日が起算日となります。

また、給与（報酬）の支払いを受けることにより傷病手当金の支給を受けることができなかった場合には、給与の支給がなくなった、または傷病手当金の額より少ない額の給与が支給されるに至った日から傷病手当金の支給が開始され、その支給開始日が起算日となります。

2. 支給額

傷病手当金の支給額は、1日につき標準報酬日額の3分の2に相当する額（1円未満四捨五入）です。標準報酬日額は、標準報酬月額額の30分の1に相当する額（10円未満四捨五入）です。給与の支払いがあつて、その給与が傷病手当金の額より少ない場合は、傷病手当金と給与の差額が支給されます。

● 出産手当金を同時に受けられるとき

傷病手当金と出産手当金を同時に受けられる場合は、出産手当金の支給が優先し、その間、傷病手当金は支給されません。

● 障害厚生年金または障害手当金を受けようになったとき

傷病手当金を受けられる期間が残っていた場合でも、同一の傷病等による厚生年金保険の障害厚生年金か障害手当金を受けようになったときは、傷病手当金は打ち切られます。ただし、障害厚生年金の額（同一支給事由の障害基礎年金が支給されるときはその合算額）の360分の1が傷病手当金の日額より低い場合は、その差額が支給されます。また、障害手当金の場合は、傷病手当金の額の合計額が障害手当金の額に達することとなる日までの間、傷病手当金は支給されません。

● 老齢退職年金を受けようになったとき

退職後に傷病手当金の継続給付を受けている方が、老齢退職年金を受けるときは、傷病手当金は支給されません。ただし、老齢退職年金の額の360分の1が傷病手当金の日額より低い場合は、その差額が支給されます。

● 労災保険から休業補償給付を受けているとき

労災保険から休業補償給付を受けている期間に、業務外の理由による病気やけがのために労務不能となった場合は、その期間中傷病手当金は支給されません。ただし、休業補償給付の日額が傷病手当金の日額より低い場合は、その差額が支給されます。