

支給 決定 議	傷手							円	発議	令和 年 月 日	決 裁	
	付加金								決議	令和 年 月 日		
	決定額								資格取得	年 月 日	支給開始日	年 月 日
	支給期間	年 月 日から	年 月 日まで						資格喪失	令和 年 月 日	標準報酬月額	年 月 円
	不支給期間	1. 年 月 日以前・以降決定給付期間外のため 2. 月 日から 月 日までのうち 日間有休・出勤によるため 3. 月 日より 月 日まで前回支給済										

### 傷病手当金・傷病手当金付加金／延長傷病手当金付加金請求書（第 回）

被 保 険 者 （ 本 人 ） 記 入 欄	被保険者証の記号番号	—		被保険者（本人）の氏名・生年月日	昭・平 年 月 日		在職中は支給金額の受領を事業主に委任します。	
	自宅住所電話番号	〒 — ※団地・アパートの場合は、その名称、住宅番号、〇〇方を必ずご記入ください。						Tel ( )
	事業所(会社)名							
	仕事の内容	※具体的に記入してください						
	傷病名	①	発病又は負傷日時	①平・令 年 月 日	②	②平・令 年 月 日		
	傷病の原因					傷病の原因は労災・第三者行為（交通事故・ケンカ等）ですか	はい・いいえ	
	療養のため休んだ期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで（ 日間）						
	障害厚生年金（手当金）を受給していますか	<input type="checkbox"/> 受給中 → <input type="checkbox"/> 請求中 → <input type="checkbox"/> 無	【支給開始年月日】	【年金額（年額）】				
	●退職した方のみ老齢厚生年金を受給していますか	<input type="checkbox"/> 受給中 → <input type="checkbox"/> 請求中 → <input type="checkbox"/> 無	昭・平・令 年 月 日から 円					
			【基礎年金番号】					
			障害年金（手当金）を受給・請求している場合の受給の要因の傷病名					
	※障害厚生年金、障害手当金、老齢厚生年金を受給中の方は、年金証書及び裁定通知書・年金改定通知書の写しを添付してください。↳(退職者のみ)							
	※請求中の方は年金支給額が確定次第、年金証書及び振込通知書の写しを提出してください。							
	※障害年金・障害手当金を受給・請求している場合は、障害者手帳の写しを添付してください。							
	今回の申請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（又は、過去に受けたことがありますか）	<input type="checkbox"/> はい → <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 労災請求中→	「はい」または「労災請求中」と答えた場合、支給元(請求先)の労働基準監督署をご記入ください。 労働基準監督署					
※「はい」の場合は、休業補償給付支給決定通知書の写しを添付してください。								
サンデン健康保険組合 理事長 殿								
私は、健康保険法に基づく保険給付請求等に関し、私にかかる診療報酬明細書及び関係書類（傷病手当金受給記録・加入記録）についてサンデン健康保険組合が、該当機関に照会し送付依頼を行うことに異議なく、本書をもって同意します。								
令和 年 月 日 被保険者氏名（自署）								

被保険者証の記号番号	—	被保険者氏名	
------------	---	--------	--

※初回及び、第2回目以降でも報酬の支払いがある場合は、請求期間にかかる出勤簿（写）と賃金台帳（写）を添付してください。

事業主証明欄	労務に服さなかった日（該当する日を○で囲むこと）																																
	年 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	日間
	年 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	日間
	年 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	日間
	年 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	日間
	上の「労務に服さなかった期間」を含む期間の報酬の支給状況	賃金の計算期間		月 日～		月 日～		月 日～		月 日～		月 日～																					
		賃金の種別	通常勤務時の報酬	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日																				
		基本給	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円																				
		家族手当	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円																				
		役職手当	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円																				
		職能手当	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円																				
		住宅手当	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円																				
		通勤手当	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円																				
		手当	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円																				
		手当	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円																				
総支給額	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円																						
欠勤控除する場合の計算式																																	
私傷病見舞金	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで 日間/日額 円 金 円支給済																																
賃金の支給形態	<input type="checkbox"/> 月給者	<input type="checkbox"/> 日給月給	<input type="checkbox"/> 日給	<input type="checkbox"/> 時給	締切日	日	支給日	(当月・翌月)					日																				
現在の状況	<input type="checkbox"/> 休業中 <input type="checkbox"/> 復職・復職予定 ( 年 月 日 ) <input type="checkbox"/> 退職・退職予定 ( 年 月 日 )																																
上記のとおり相違ないことを証明します。 ※記載内容を訂正する場合は二重線で訂正の上、サインをご記入ください。																																	
確認欄	この届出については以下①又は②の要件を満たしたものである ①申請者本人（被保険者）が、自署以外で作成したものである。 ②記載内容について誤りがないか申請者本人が確認している。																																
<input type="checkbox"/>	令和 年 月 日 事業所の所在地・名称 事業主の氏名																																

担当医師の意見記入欄	傷病名												発病又は負傷原因						
	発病又は負傷年月日	平・令	年	月	日							診療開始日 (初診日)	平・令	年	月	日			
	労務不能と認められた期間	令和	年	月	日から	令和	年	月	日まで	日間	左の期間中の診療実日数					日間			
	上の期間中の入院期間	令和	年	月	日から	令和	年	月	日まで	日間	労務不能を認められた期間の最終診療日					令和	年	月	日
	上の期間中の傷病の主症状及び経過概要その他参考意見等	月 日																	
		月 日																	
		月 日																	
		月 日																	
		(上記期間中の最終診療日の症状を記入して下さい。)																	
	上記のとおり相違ありません。 ※記載内容を訂正する場合は二重線で訂正の上、サインをご記入ください。																		
令和 年 月 日 医療機関の所在地 名称 医師氏名 電話番号																			