

傷病手当金申請書 (2)

労務に服することができなかった期 **1** 平成 24年 6月 4日から 平成 24年 7月 31日まで 58日間
 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。

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|---|----|----|
| 24年 6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 | 出勤 | 有給 |
| 24年 7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 | 0日 | 0日 |

労務に服することができなかった期間に賃金を支給しました(します)か。 はい いいえ
 「はい」の場合、支給した(する)賃金を下欄に記入してください。

| | | | | | |
|------------|------|-------------------|-------------------|----------|------|
| 支給した(する)賃金 | 基本単価 | 6月 1日～ 6月 30日分 | 7月 1日～ 7月 31日分 | 月 月 日 日分 | 賃金計算 |
| | 基本給 | 300,000 | 60,000 | 0 | |
| | 役付手当 | | | | |
| | 家族手当 | 10,000 | 10,000 | 0 | |
| | 住宅手当 | 10,000 | 10,000 | 0 | |
| | 通勤手当 | 20,000 | 20,000 | 0 | |
| | 計 | 340,000 | 100,000 | 0 | |

欠勤控除の計算式 **3** 基本給 300,000 ÷ 25 × 5
 上記のとおり相違ないことを証明します。 平成 24年 8月 10日

事業所所在地 **東京都港区〇〇 2-2**
 事業所名称 **株式会社〇〇運送**
 事業主氏名 **〇〇二郎** 電話 **03-xxxx-xxxx**

(事業主) お勤め先の事業所に証明を受けてください。

〈事業主の方へ〉

請求(とくに初回分および最終分)に際しては被保険者の請求期間分の給与明細、出勤簿(タイムカード)をご提示ください。なお、請求が事業主およびその関係者にかかるものであるときは、とくに議事録・源泉納付書、全員の給与明細をご提示ください。

- 1 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(賃金計算の翌日から締日の期間)の勤務状況について、公休日の場合は公で、欠勤の場合は/で表示してください。
- 2 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。

1 請求(とくに初回分および最終分)に際しては被保険者の請求期間分の給与明細、出勤簿(タイムカード)をご提示ください。なお、請求が事業主およびその関係者にかかるものであるときは、とくに議事録・源泉納付書、全員の給与明細をご提示ください。

傷病名 **4** (1) **橈骨遠位端骨折** 療養の給付開始年月日 (1) 昭・平 24年 6月 3日
 (2) 昭・平 年 月 日

発病または負傷の原因 **転んだ時に地面で右手を強打** (1)と(2)の傷病に関連性 有 無

発病または負傷の年月日 昭和・平成 24年 6月 3日 発病(傷後)

労務不能と認めた期間 **5** 平成 24年 6月 4日から 58日間 左の期間中の診療実日数 10日間
 平成 24年 7月 31日まで

診療日を○で囲んでください
 6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
 7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

労務不能と認めた期間のうち入院した期間 平成 年 月 日から 年 月 日まで 0日間入院

6 労務不能と認めた期間における「主たる症状および経過」「治療内容、検査結果」等、詳しく
橈骨を骨折し、6/3に初診。橈骨を固定。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、固定後もリハビリが必要であったため、労務不能と判断した。
 (今後いつ頃に職場復帰が見込めますか? 平成 24年 8月 1日頃)

人工透析を実施または人工臓器を装着したとき 人工透析を実施又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、人工透析 イ、人工関節 ウ、人工骨頭 エ、人工肛門
 オ、心臓ペースメーカー カ、その他()

障害年金該当 有(平成 年 月 日より) 無

上記のとおり相違ありません。 医療機関所在地 **東京都杉並区〇〇 1-2-3**
 平成 24年 8月 10日 医療機関の名称 **〇〇病院**
 医師の氏名 **〇〇四郎**
 電話番号 **03(xxxxx)xxxx**

(担当医師) 1 労務不能と認めた期間が経過した後証明してください。
 2 労務不能と認められた期間には、治療期間ではなく療養のため就労できなかったと認められる期間を記入してください。
 3 複数の傷病名がある場合は、傷病名欄の(1)に主たる傷病名を記入してください。

- 3 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、賃金計算方式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。療養担当者(医師等)に証明を受けてください。

〈療養を担当した医師の方へ〉

労務不能と認めた期間が経過した後証明してください。

- 4 複数の傷病名がある場合は、傷病名の(1)に主たる傷病名を記入してください。また、左の傷病名について、その傷病の初診日を記入してください。
- 5 労務不能と認めた期間は、治療期間ではなく療養のため就労できなかったと認められる期間を記入してください。
- 6 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。