

# 傷病手当金請求書（記入例 2）

労務に服することができなかった期間		令和 3年 4月 12日から 令和 3年 4月 30日まで 19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。				
3年 4月		計 7日 0日		
年 月		計 日 日		
事業主が証明する賃金		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。		
事業主が証明する賃金	基本単価	4月 1日～4月 30日	月 日～月 日	賃金計算
	基本給	300,000	84,000	締日
	役付手当			末日
	家族手当	20,000	20,000	
	住宅手当	30,000	30,000	支払日
	通勤手当	15,000	15,000	当月 翌月 15日
計				
欠勤控除の計算式 基本給300,000÷25×7				
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 3年 5月 10日				
事業所所在地 東京都新宿区〇〇 1-2-3				
事業所名称 (株) 〇〇運送				
事業主氏名 電話 03 - ×××× - ××××				

療養を担当した医師が意見を書く	傷病名	(1) 焼骨遠位端骨折	療養の給付開始年月日	(1) 平・令 3年 4月 10日
		(2)		(2) 平・令 年 月 日
	発病または負傷の原因	転倒し手をつき負傷		(1)と(2)の傷病に関連性 有・無
	発病または負傷の年月日	平成・令和 3年 4月 10日	発病・負傷	
	労務不能と認めた期間	令和 3年 4月 12日から 19日間	左の期間中の診療実日数	3日間
	診療日を○で囲んで下さい	4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	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間入院	
	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			
	上記の内容を記載してもらってください			
	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（診療実日数が0日の場合は労務不能と認められた詳細をお願いします）			
上記の内容を記載してもらってください				
(今後いつ頃に職場復帰が見込めますか？ 令和 年 月 日頃)				
人工透析を実施又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・平・令 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 (病名 平成・令和 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	東京都新宿区四谷〇-〇-〇		
令和 3年 4月 30日	医療機関の名称	〇〇整形外科クリニック		
	医師の氏名	〇〇 〇〇		
	電話番号	( 03 ) 〇〇〇〇-〇〇〇〇		

## 【注意事項】

### 【事業主の方へ】

- 1 請求(特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)をご提示下さい。尚、請求が事業主及びその関係者にかかるものである時は、特に議事録・源泉納付書、全員の給与明細をご提示下さい。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この用紙か給与明細等に記入して下さい。

### 【療養を担当した医師の方へ】

- 1 労務不能と認めた期間が経過した後に証明して下さい。
- 2 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下さい。
- 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下さい。