

支給金額	算定基礎	令和 年 月 日				
¥		常務理事	事務長	事務次長	課長	係
支給期間						
自 年 月 日 至 年 月 日 日間	標準報酬	取得			喪失	
	月額 千円 日額 円	年 月 日	年 月 日(任)		年 月 日	年 月 日(任)

## 傷病手当金請求書(第1回目)

被 保 険 者 の 記 入 欄	被保険者証の 記号・番号	〇〇-〇〇〇	事業所 の名称	〇〇信用金庫	被保険者の 業務の種類別	渉外係
	傷病名	1 脳梗塞 2	発病又は負 傷の年月日	1 令和〇年 1 月 1 0 日 2 年 月 日		
	発病又は 負傷の原因	不詳 注・医師が証明した発病又は負傷と同一 (外傷の場合は、下欄に詳しく記入して下さい)				
	傷病又は負傷 の療養をする ため休んだ期 間(支給期間)	令和〇〇年 4 月 9 日 22日間 令和〇〇年 4 月 30 日	左記期間中に 出勤又は有給 休暇があれば その日数	出勤	日	
				有給休暇	日	
	上記期間に対 する給料・諸 手当等の支給	1 全部受けた 2 一部受けた 3 将来受ける ④ 受けられない	年 月 日から 年 月 日までの 円受領(1日当り)	日分として 円		
	障害厚生年金、障害手 当金又は老齢厚生年金 等を受けている時	対象傷病名	受給開始	年 月 日		
	証書記号番号	受給金額	円			
備考※						

※ 被保険者証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。)

上記のとおり傷病手当金を請求します。

令和〇〇年 5 月 6 日

住所 札幌市中央区北4条西5丁目1-4  
被保険者  
氏名 信金 太郎

印

外傷(けが)の場合に記入して下さい		
負 傷 の 原 因	いつ	年 月 日 時 分頃
	どこで	
	なにをしているとき	
	どのようにして	

事業	労務に服しなかった期間	令和〇〇年 4 月 9 日から令和〇〇年 4 月 30日まで 22日間 【出勤は○】、【有給は△】、【公休は公】、【欠勤は/】でそれぞれ表示してください。																					
	〇〇年 4 月	公	2	3	△	△	△	公	8	/	/	/	/	/	/	△	△	△	△	△	△	出勤	日
	年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16					出勤	日
		17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31							有給
業	上記期間中の報酬支払関係	・支給した ・一部支給した ・支給する ・一部支給する ・支給しない																					
	主 の 証 明 欄	支 給 し た （ す る ） 賃 金 内 訳	期 間	支給した期間	支給した期間	被保険者の報酬形態	賃金計算																
月 日				月 日	締 日		〇 〇 日																
種 別		～ 月 日	～ 月 日	支払日	〇 〇 日																		
		支 給 額	支 給 額	賃金計算方法（欠勤控除計算方法等）についてご記入ください。																			
基本給		円	円	・月給																			
家族手当		円	円	・日給																			
通勤手当		円	円	・日給月給																			
住宅手当		円	円																				
現物給与	円	円																					
合 計	円	円																					
	(日額 円)	(日額 円)																					
上記のとおり相違ないことを証明します。																							
令和〇〇年 5 月 10日 事業所名称 〇〇信用金庫																							
事業主氏名 理事長 〇〇 〇〇																							
(印)																							

傷 病 名	1	発 病 又 は 負 傷 の 年 月 日	1	年 月 日
	2		2	年 月 日
発 病 又 は 負 傷 の 原 因		診 療 開 始 日	1	年 月 日
			2	年 月 日
労 務 不 能 と 認 め た 期 間	年 月 日から	左 記 期 間 中 の 診 療 状 況	診療実日数	日
	年 月 日まで 日間		最終診療日	月 日
上記期間中で入院した期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間			
・上記の期間中における「主たる症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等を詳細に記入して下さい。				
医療機関等の記入欄				
・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を詳細に記入して下さい。				
就 労 可 能 見 込	年 月 日頃			
上記のとおり相違ないことを証明します。				
〒				
年 月 日	住 所			
	医療機関名			
	医師の氏名			
(印)				