

# 支給決定伺

|     |      |                      |   |    |     |       |              |
|-----|------|----------------------|---|----|-----|-------|--------------|
|     |      | 決裁年月日                |   | 平成 | 年   | 月     | 日            |
|     |      | 伺年月日                 |   | 平成 | 年   | 月     | 日            |
| 理事長 | 常務理事 | 標準報酬日額               |   | 円  |     | 支給決定額 |              |
|     |      | 法定                   | % | 円× | 日   | 法定    | 円            |
|     |      | 付加                   | % | 円× | 日   | 付加    | 円            |
|     |      |                      |   | 円× | 日   | 計     | 円            |
| 事務長 | 係    | 傷病手当金給付開始年月日         |   | 平成 | 年   | 月     | 日            |
|     |      | 支給期間                 |   | 平成 | 年   | 月     | 日から平成        |
|     |      |                      |   | 年  | 月   | 日まで   | 日間           |
|     |      | 法第108条<br>該当支給<br>期間 | 年 | 月  | 日から | 1日    | 円            |
|     |      |                      |   | 年  | 月   | 日まで   | 日間           |
|     |      |                      |   | 計  |     | 円     | 障害年金額・障害手当金額 |
|     |      |                      |   |    |     | 円     | (日額 円)       |

## 傷病手当金 請求書 (第 1 回)

|  |  |   |   |                                |                   |  |    |
|--|--|---|---|--------------------------------|-------------------|--|----|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>が<br>記<br>入<br>す<br>る<br>こ<br>ろ  | ⑦ 被保険者証の<br>記号   | 111   | ④ 被保険者<br>(申請者)<br>の氏名と印  | (フリガナ)フジクラ タロウ<br><b>藤倉 太郎</b> | ⑤ 被保険者の生年月日       | 昭和・平成<br>44年 1月 1日 (45歳)   |    |
|  | 番号   | 12345   |   |                                |                   |  |    |
|  | ④ 被保険者<br>(申請者)の<br>現住所  | (〒000-0000) TEL 000 (000) 0000  |   |                                | ④ 被保険者の<br>標準報酬月額 |  | 千円 |
|  |  | 〇〇県〇〇市〇〇1-1 〇〇マンション101  |   |                                |                   |  |    |
|  | ⑦ 事業所の名称   | 株式会社フジクラ  | ④ 被保険者の<br>資格取得年月日  | 昭和<br>平成                       | 5年 4月 1日          |  |    |
|  |  |   | ② あなたの仕事の<br>具体的な内容   |                                | 工場での製品点検。現場主任。    |  |    |
|  | ⑦ 1) 鎖骨骨折  |   | ⑤ 初診日   | 平成 26年 5月 11日                  | ⑥ 発病又は<br>負傷年月日   | 平成 26年 5月 11日  |    |
|  | 2)   |   |   | 平成 年 月 日                       |                   | 平成 年 月 日   |    |
|  | 3)   |   |   | 平成 年 月 日                       |                   | 平成 年 月 日   |    |
|  | ⑥ 発病又は負傷<br>の原因を詳しく  | 休日(5月11日)に外出した際、駅の階段で滑って<br>転倒し、右肩を強打して骨折した。                            |   | ② 第三者行為によるものですか                |                   | <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ<br>「はい」の場合は『第三者行為による傷病届』を提出してください。 |    |
| ④ 療養のため<br>休んだ期間<br>(申請期間)   | 平成 26年 5月 12日から<br>平成 26年 5月 31日まで   | 20日間  |   |                                |                   |  |    |
| ② 上記④の期間の報<br>酬を受けましたか。<br>または今後受けら<br>れますか。   | <input checked="" type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けない<br><input type="checkbox"/> 今後受ける <input type="checkbox"/> 今後もし受けない                          | ② 左記②で「受けた」(今後受ける)<br>と答えた場合、その報酬の額と、<br>その支払基礎となった(なる)<br>期間を記入してください。 | 平成 26年 5月 12日から<br>平成 26年 5月 15日まで  | 60,000円                        |                   |  |    |
| ④ 障害厚生年金」または「障害手当金」を受給していますか。<br>受給している場合、どちらを受給していますか。  | <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 請求中<br><input type="checkbox"/> 障害厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害手当金 |   | 「はい」または「請求中」と答えた場合、受給の要因となった(なる)<br>傷病名を記入してください。                                     |                                |                   |  |    |
| 「はい」または「請求中」と答えた場合、基礎年金番号、年金コード<br>、支給開始年月日、年金額を記入してください。<br>(「請求中」と答えた場合は、基礎年金番号のみを記入してください。) | 基礎年金番号   |   | 年金コード   |                                |                   |  |    |
|  | 支給開始年月日  |   | 年金額   |                                |                   |  |    |
|  | 昭和<br>平成   |   | 年 月 日   |                                | 円                 |  |    |
| ② 資格喪失者<br>の<br>方  | 高齢又は退職を事由とする公的年金を受給していますか。   |   | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 請求中 |                                |                   |  |    |
|  | 「はい」または「請求中」と答えた場合、基礎年金番号、年金<br>コード、支給開始年月日、年金額を記入してください。<br>(「請求中」と答えた場合は、基礎年金番号のみを記入してください。)   |   | 基礎年金番号  |                                | 年金コード             |  |    |
|  |  |   | 支給開始年月日   |                                | 年金額               |  |    |
|  |  |   | 昭和<br>平成  |                                | 年 月 日 円           |  |    |
| ⑦ 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<br>すか。また「はい」または「労災請求中」と答えた場合、支給元<br>(請求先) 労働基準監督署名を記入してください。  | <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 労災請求中   |   | 労働基準監督署   |                                |                   |  |    |
| ⑧ 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<br>いますか。  | <input type="checkbox"/> 加入あり <input type="checkbox"/> 加入なし  |   |   |                                |                   |  |    |
| ④ 振込希望の銀行  | 銀行   | 支店 (普通<br>当座)   | 口座名 (カタカナ)  |                                |                   |  |    |

|              |                              |   |               |
|--------------|------------------------------|---|---------------|
| ㊦<br>受取代理人の欄 | 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 26年 6月 20日 |
|              | 被保険者<br>(申請者)                | 住所 ○○県○○市○○ 1-1 ○○マンション 101<br>氏名 藤倉 太郎 | (藤倉)          |
|              | 受取人情報                        | (フリガナ)                                  | 委任者と代理人との関係   |
|              | 代理人の氏名と印                     | 〒 - )                                   | 電話 ( )        |
|              | 代理人の住所                       |   |               |

平成26年 6月20日提出

受付日付印

## 《記入上の注意》

### 【被保険者が記入するところ】

- ㊦および㊦は、被保険者証に記載されています。
- ㊦は、被保険者が亡くなられて、相続人の方が申請される場合は、申請される方の氏名を記入してください。(住所・振込口座も同様です。)
 

なお、被扶養者以外の方が申請される場合は、添付書類が必要となります。
- ㊦は、単に事務員、工員等と記入することなく、担当職場・役職等記入の上、「経理担当事務」「自動車組立」「プログラマー」等具体的な仕事内容を記入してください。
- ㊦は、日時・場所・何をしていたとき等、具体的に記入してください。なお、傷病の原因が負傷(ねんざ、打撲、骨折、擦傷、打ち身等)の場合は、㊦「負傷原因記入欄」を必ず記入してください。
- ㊦で「はい」と答えた場合は、別に「第三者行為による傷病届」の提出が必要です。
- ㊦も、申請の都度必ず記入してください。障害厚生年金の給付を受けている方は、「障害厚生年金給付の年金証書またはこれに準ずる書類の写し」および「障害厚生年金給付の額・支給開始年月を証明する書類および障害厚生年金の直近の額を証明する書類(年金額改定通知書等)の写し」を添付してください。
- ㊦で老齢退職年金の給付を受けている方は、「老齢退職年金給付の年金証書またはこれに準ずる書類の写し」および「老齢退職年金給付の額・支給開始年月を証明する書類および老齢退職年金の直近の額を証明する書類(年金額改定通知書等)の写し」を添付してください。
- ㊦で労災保険から休業補償給付を受けている方は、「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。
- ㊦は、被保険者の給与振込口座(申請者・退職者は指定の口座。ともにゆうちょ銀行を除く。)を記入してください。→申請者・退職者以外は記入しないでください。
- 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。→申請者・退職者以外は必ず記入してください。

### 【療養担当者が意見を記入するところ】

- ㊦は、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。
- ㊦は、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。
- ㊦は、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。
- ㊦は、症状および経過・治療内容等、㊦は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。

### 【事業主が証明するところ】

- 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ヶ月分の、出勤簿(タイムカード)と賃金台帳の写しを添付してください。
- ㊦㊦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、賃金支給状況が分かるよう、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。
- 初回申請期間以前から連続休業をしている場合には、その開始年月日を備考欄に記入してください。