

被保険者氏名

申請内容	① 申請期間 (療養のために休んだ期間)	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 から 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 まで
	② 被保険者の仕事の内容 (退職後の申請の場合は、退職前の仕事の内容)	
	③ 傷病名	<input checked="" type="checkbox"/> 事業担当者記入欄(4ページ)に記入されている傷病による申請である場合は、左記に☑を入れてください。 別傷病による申請を行う場合は、別途その傷病に対する療養担当者の証明を受けてください。
	④ 発病・負傷年月日	1.平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 2.令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
	⑤-1 傷病の原因	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 仕事中以外(業務外)での傷病 2. 仕事中(業務上)での傷病 3. 通勤途中での傷病 → ⑤-2へ
	⑤-2 労働災害、通勤災害の認定を受けていますか。	1. はい 2. 請求中(____労働基準監督署) _____ 3. 未請求
⑥ 傷病の原因は第三者の行為(交通事故やケンカ等)によるものですか。	1. はい 2. いいえ 「1. はい」の場合、別途「第三者行為による傷病届」をご提出ください。	

確認事項	①-1 申請期間(療養のために休んだ期間)に報酬を受けましたか。	1. はい → ①-2へ 2. いいえ
	①-2 ①-1を「はい」と答えた場合、受けた報酬は事業主証明欄に記入されている内容のとおりですか。	1. はい 2. いいえ 事業主へご確認のうえ、正しい証明を受けてください。
	②-1 障害年金、障害手当金について 今回傷病手当金を申請するものと同一の傷病で「障害厚生年金」または「障害手当金」を受給していますか。(同一の傷病で障害年金等を受給している場合は、傷病手当金の額を調整します)	1. はい → ②-3へ 2. いいえ 「1. はい」の場合 _____
	②-2 老齢年金等について ※遺族等による健康保険費等の喪失の期間について、傷病手当金を申請する場合はご記入ください 老齢または退職を事由とする公的年金を受給していますか。(公的年金を受給している場合は、傷病手当金の額を調整します)	1. はい → ②-3へ 2. いいえ 「1. はい」の場合 _____
	②-3 ②-1または②-2を「はい」と答えた場合のみ、ご記入ください。	基礎年金番号 <input type="text"/> - <input type="text"/> 年金コード <input type="text"/> 支給開始年月日 1.平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 2.令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 年金額 <input type="text"/> (円(右づめ))
	③ 労災補償 今回の傷病手当金を申請する期間において、別傷病により、労災保険から休業補償給付を受給していますか。	1. はい 2. 請求中(____労働基準監督署) 3. いいえ 「1. はい」の場合 _____ 「2. 請求中」

「事業主記入用」は3ページ目に続きます。▶▶▶

6 0 1 2 1 1 0 1

I. 記入漏れが多い箇所です。

- ② 仕事の具体的な内容：例「経理担当事務」「自動車組立」等をご記入ください。
- ③ 傷病名：療養担当者記入欄(4ページ目)に記入されている傷病名と同じ場合には☑してください。

II. 確認が必要な箇所です。

傷病手当金は、仕事とは関係ない病気やけがで療養した際に支給されるものです。仕事中以外での傷病は「1」をご記入ください。

傷病の原因が「2」もしくは「3」の場合は、業務災害の可能性があるので、労働基準監督署にご相談ください。相談の結果、業務災害に該当しない場合は、「労災保険(労働災害)の確認について」を記入し、申請書と一緒にご提出ください。

III. 3ページ目：事業所証明を必ずご確認ください。

- ・ 3ページ目「事業主が証明するところ」で報酬等の記載あり → 「1.はい」
- ※3ページ目の記入内容に基づいて傷病手当金の減額を実施するため、事業所証明に相違がないか必ずご確認ください。

- ・ 3ページ目「事業主が証明するところ」報酬等の記載なし → 「2.いいえ」