支給決議書	理事長	常務理事	事務長	係

支給額	円
支給開始日	令和　年　月　日
支給期間	自 令和　年　月　日 至 令和　年　月　日　日間
全部・一部・不支給 期間	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで　日間
全部・一部・不支給 理由	円

資格取得日	昭・平・令　年　月　日
資格喪失日	令和　年　月　日
平均月額	円
平均日額	円
支給日額	円
障害年金額	円（日額　円）
老齢（退職）年金額	円（日額　円）
備考	

記入例

傷病手当金請求書（第 1 回）

（注）死亡した被保険者の本請求の場合は第一順位者なる遺族が記入すること。療養のため休業し、その間に報酬の支給を受けた期間を含む賃金計算期間の勤務状況および賃金支払状況等をご記入ください。

被保険者が記入するところ

被保険者等の記号番号	記号 63	番号 1231231	事業所名称 リケンNPR㈱
被保険者（申請者）の氏名	山田　太郎		被保険者の生年月日 昭和 5年1月12日
被保険者（申請者）の住所	〒360-8555 熊谷市高柳800-10		電話 048 - 2121 - 1212
被保険者の業務の種類（職場での具体的な仕事の内容をご記入ください）	リングのラップ作業		
傷病名	急性膵炎	第三者行為によるものですか	はい・いいえ
発病又は負傷の年月日	平成・令和 8年4月10日	発病又は負傷の原因	不明
疾病又は負傷で療養のため休んだ期間	自 令和 8年4月10日 至 令和 8年12月24日　259日間	左の期間に報酬支払を受けたとき、又は受けられるときはその期間及び報酬の額	自 令和　年　月　日 至 令和 記入不要　月　日　日間　円
障害厚生（基礎）年金、老齢厚生（基礎）年金等の受給の有無	該当を○で囲んでください　1.受給中　2.請求中　3.いずれも該当しない		
上記、1または2と回答された方	受給の要因となった傷病名		
	種類	1. 障害厚生（基礎）年金　2. 障害手当金　3. 老齢厚生（基礎）年金	
	支給開始年月日 令和　年　月　日	年金額　円	
	基礎年金番号	年金コード	
労災保険から休業補償給付の受給の有無	該当を○で囲んでください　1.受給中　2.請求中　3.いずれも該当しない		
上記、1、または2と回答された方	請求先の労働基準監督署名称	労働基準監督署	
介護保険サービスを受けたとき	保険者記号	被保険者番号	保険者名称
委任状	本申請に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。 令和 9年1月8日　被保険者氏名（自署） 山田　太郎		

障害厚生年金等の給付がある場合、こちらに記入し、給付額がわかるものを添付してください。

労災保険からの給付・介護保険サービスを受けている方は、ご記入ください。

事業所が代理で受領し、給与口座へ振り込む形式をとるため、委任状のご記入をお願いします。

退職後に継続受給する場合はご記入ください。

振込先指定口座

☑ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。（利用する場合は☑　利用しない場合は下記の欄へ記入。）

銀行　金庫　信組　農協　その他（　　）　本店　支店　出張所　本所　支所

普通・当座	口座番号	口座名義人	（フリガナ）

退職された方はご記入ください。原則給与にいれるため、在職中の方は記入不要です。

令和 8年1月8日　上記のとおり申請します　　受付年月日

※この申請書は、所属事業所担当を経由して

所属事業所に提出した日を入れてください。

事業主が証明するところ

被保険者氏名 山田　太郎

勤務状況：第1回目の請求は直近3ヵ月の状況を、2回目以降は請求月の状況をご記入ください。
【出勤は○】で、【有給は△】で、【公休は公】で、【欠勤は/】でそれぞれ表示してください。

	出勤	有給
令和 8年10月	0日	日
令和 8年11月	0日	日
令和 8年12月	2日	日

①労務に服することができなかった期間に対して、賃金を支給しました（します）か？　☑ はい　・　☐ いいえ

給与の種類を○で囲んでください　月給　日給　日給月給　時間給　歩合給　その他

賃金計算　締日　日　支払日　当月・翌月　日

②労務に服すことができなかった期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況を下欄に記入してください。

支給した（する）賃金内訳 区分	単価	11月1日～11月30日分 支給額	12月1日～12月24日分 支給額
基本給	320,000	320,000	0
職務手当			
作業手当			
家族手当			
通勤手当			
超過勤務等手当			
合計	320,000	320,000	0

賃金計算方法（欠勤控除計算方法等）について記入をしてください。

【記載例】
11月欠勤控除
基本給÷1ヶ月の所定労働日数×欠勤日数
＝○○○○円

労務に服さなかった期間中に報酬を支給したか又は支給されるものであるときは額と日数
自 令和 8年4月10日
至 令和 8年11月30日
235 日間
2,450,196 円

上記のとおり相違ないことを証明します。　令和 9年1月12日

事業所所在地 東京都千代田区三番町8-1

事業所名称 リケンNPR株式会社

事業主氏名 代表取締役社長　○○　○○　電話　（　）

傷病手当金の初回申請時には、申請期間とその前1ヵ月分の賃金台帳・出勤簿（タイムカード）の写しの添付をお願いします。
例）申請期間2月6日～3月18日（賃金締日20日）の場合
①1月21日～3月20日（申請期間分）、②12月21日～1月20日（申請期間の前1ヵ月分）の添付をお願いします。

療養担当者が記入するところ

患者氏名 山田　太郎　**この部分は病院で証明してもらって下さい。**

傷病名	急性膵炎
療養の給付開始年月日（初診日）	平成・令和 8年4月10日
発病または負傷の年月日	平成・令和 8年4月10日　☐ 発病　☐ 負傷
労務不能と認めた期間	令和 8年4月10日から8年12月24日まで　259日間
発病または負傷の原因	慢性的な多量飲酒
うち入院期間	令和 8年4月10日から8年5月30日まで　51日間入院
療養費用の別	☐ 健保　☐ 公費（　）　☐ 自費　☐ その他
転帰	☐ 治癒　☐ 中止　☐ 繰越　☐ 転医
診療実日数	3日（10月7日、11月5日、12月6日）

診療日を○で囲んでください。

記の期間中における「主たる症状および経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等（詳しく）

医師による症状詳記、治療内容、療養指導など

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

医師による労務不能となる医学的所見

上記のとおり相違ないことを証明します。　令和　年　月　日

医療機関の所在地

医療機関の名称

医師の氏名　電話　（　）

本紙に記載された個人情報は、傷病手当金を支給決定する目的のみに使用し、目的の範囲を超えての利用は致しません。