

# 休業手当金申請書

事務局長	係長	係員

(給与担当)

給付開始日	年 月 日	会社名・ 所属部署				課長
請求回数	回目	組合員番号		年齢	歳	
傷病名		氏名				係長 現業長
労務不能期間 (a)	年 月 日から	日間	有給休日・年休日数(b)		日	
	年 月 日まで		無休日数(a-b)		日	
入院 期間	年 月 日から	日間	標準報酬 等級	扶養 家族	有 無	係員
	年 月 日まで					

標準報酬月額(H)

傷病手当金  
請求日数(X)

傷病手当金(t)  
休業補償金等

共済組合手当金

\_\_\_\_\_円×80%× \_\_\_\_\_円 = \_\_\_\_\_円  
(通勤費 円)

上記事実と相違ないことを証明します。

年 月 日 所属長 印

医師の 証明 ※傷病 手当 請求 書の 写し による 代用 可	傷病名			発症 年月日	年 月 日			
	労務不 能期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間	左記の期 間中入院 した期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間	診療 実日数	日間
	傷病の主症状 及び 経過の概要							
	医師の住所 氏名及び印	年 月 日 氏名 印						
受付日			支払日			受領印		

- (注) 1. 必ず健康保険の傷病手当金等と期間を合わせ、1カ月単位で申請すること。  
2. 標準報酬額は、西南健保が傷病手当金の算出において決定した金額とすること。  
3. 「医師の証明」欄については、健康保険組合への「傷病手当金請求書」の写しがあれば、改めて医師の証明は必要ありません。