

	同年月日	平成	年	月	日	常務理事	事務長	会計	扱者	被扶養者 台帳照合印							
	支払年月日	平成	年	月	日												
	支払額		拾万	万	千	百	拾	円									
※ 支給 決議 書	支給決定の額	法定	2	項目	日額	日数	拾万	万	千	百	拾	円	資得	年月日	前始	年月日	
		3	喪										年月日	回終	年月日		
	付加	100												入院	年月日	から	年月日
														期間	年月日	日まで	日間
支給期間	法定	平成	年	月	日	平成	年	月	日間	備考	決定標準報酬						
	付加	平成	年	月	日	平成	年	月	日間		法第46条 該当・不該当						

### 傷病手当金請求書

健康保険

(第 回目)

◎「※」印欄は記入しないでください。

被保険者証の記号・番号		④	生年月日		⑤	支給額計算	⑥	給付記録	⑦	代理人	⑧	受付年月日		
①	②	③	1	明大昭平	年	月	日	※	※	※	0:無	※	年	
※			3	5	7						1:有	※	月	
⑨ 被保険者(請求者)の氏名と印		(フリガナ)			⑩ 事業所の名称		⑪ 業務の種別							
⑩ 被保険者(請求者)の住所		⑩	郵便番号			(フリガナ)								
		⑪	住所コード											
被 保 險 者 が 記 入 す る と こ ろ	傷病名	⑫ 傷病コード		※		⑬ カナ		※		⑭		年		
		⑫		※		⑬		※		⑭		月		
		⑫		※		⑬		※		⑭		日		
		⑫		※		⑬		※		⑭		日		
㊥	老人保健法の医療を受けたとき	市町村番号		受給者番号		発行機関等								
㊦	介護保険法のサービスを受けたとき	保険者番号		被保険者番号		保険者名称								
㊧	発病の状態又は負傷の原因を詳しく											⑯ 第三者行為によるものですか 0:いいえ 1:はい		
⑰	傷病又は負傷の療養をするため休んだ期間(支給期間)	平成	年	月	日から	平成	年	月	日まで	日間	自	※	年	
		平成	年	月	日まで	平成	年	月	日まで	日間	至	※	年	
カ	うへの⑰に書いた期間の部分の報酬を受けましたか、又は受けられますか	受けた	受けない	⑱ 報酬の支払いを受けた(受けられる)ときはその報酬の額と、その報酬支払の基礎となった(なる)期間		平成		年	月	日から	平成	年	月	
		受けられる	受けられない			平成		年	月	日まで	円			
ク	障害厚生年金又は障害手当金を受給していますか	⑲		基礎年金番号		障害厚生年金又は障害手当金の受給の原因となった傷病名								
		いいえ・申請中・はい												
任 意 継 続 喪 被 保 險 者 の 方	㊲	老齢又は退職を事由とする公的年金を受給していますか				いいえ・申請中・はい								
	㊳	年金コード又は記号番号もしくは番号				年		金		額				
						円								
						円								
		年金の合計額				円								
※	㊴	支給回数	㊵	支給算出額(手)	支給開始日	1	㊶	調整減額コード	㊷	調査先コード	㊸	海外表示	㊹	特別支給コード
			円			2					0. 国内			
											1. 海外			

平成 年 月 日 提出

事業所 担当者印	領収書	金	円也領収いたしました。
			平成 年 月 日
			健康保険組合理事長殿
			氏名 ㊺

※ 受付日付印

事業主が証明する欄	① 労務に服さなかった期間	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。																																		
	年 月 日から	年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計	出勤	有給
		年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		日	日
	年 月 日まで	年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計	出勤	有給
		年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		日	日
	② うえの期間中の分として、報酬を全額又は一部支給した場合は支給する場合は支給する場合	⑩ (自) 年 月 日 (至) 年 月 日	日間	円	月	日	支払																													
		⑪ (自) 年 月 日 (至) 年 月 日	日間	円	月	日	支払																													
		⑫ (自) 年 月 日 (至) 年 月 日	日間	円	月	日	支払																													
		⑬ (自) 年 月 日 (至) 年 月 日	日間	円	月	日	支払																													
	⑭ 現在までも又は将来も支給しない場合はその旨																																			
うえのとおり相違ないことを証明します。 平成 年 月 日																																				
住所 〒 事業主 氏名 ⑮ 電話 ( 局) 番																																				

療養を担当した医師が意見を書くところ	傷病名																								
	発病又は負傷の年月日	年	月	日																					
	療養の給付を開始した年月日	年	月	日																					
	発病又は負傷の原因																								
	⑯ 労務不能と認められた期間	平成 年 月 日から	日間	左の期間中の診療実日数	日間																				
	⑰ 傷病の主状態および経過概要																								
	⑱ うえの期間中に入院した期間がある場合はその期間	平成 年 月 日から	日間	入院の費用の別	健保費	公費	その他																		
うえのとおり相違ありません。 平成 年 月 日																									
住所(所在地) 〒 医師 医療機関名 ⑲ 電話 ( 局) 番																									

※	⑳ 減額期間	期間	自 年 月 日	至 年 月 日	日数	金額	円
	㉑ 全部不支給	期間	自 年 月 日	至 年 月 日	日数		
	㉒ 不支給(法定外)	期間	自 年 月 日	至 年 月 日	日数		

支払金融機関の欄	㉓ 支払区分	振込	⑳ 預金種別	普通	銀行	本店
	㉔ 金融機関コード				金庫	支店
	㉕ 口座番号	口座名義				

受取代理人の欄	本請求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 年 月 日																							
	被保険者 住所 〒 (請求者) 氏名 ⑳																							
	㉖ 代理人の氏名と印	(フリガナ) ㉖																						
	㉗ 代理人の住所	㉘ 郵便番号	〒	(フリガナ)																				
	㉙ 住所コード	※																						