

記入例

No.		平成 年 月 日	常務理事	事務長	会計	扱	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	法定 2/3	款 項 目 日 額 日 数	拾万 万 千 百 拾 円	資 得 格 費	年 月 日 前 始	年 月 日	年 月 日
	付 加 100	円		入 院 期 間	年 月 日 回 終	年 月 日	年 月 日
	支 給 期 間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 日 間			年 月 日 日 間	年 月 日	年 月 日
	法 定 付 加	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 日 間			法 第 46 条	該 当 ・ 不 該 当	
		備 考	決定標準報酬				

傷病手当金請求書

(第 1 回目)

健康保険

◎「※」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 給付記録号	⑦ 代理人	⑧ 受付年月日	
①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	
※	1	8910	137	明大昭平	370220	※ 0:無 1:有	
⑨ 被保険者 (請求者) の氏名と印	(フリガナ) ケンボ タロウ 健保 太郎 印		⑦ 事業所 の名称	〇〇〇〇株式会社		⑧ 業務の 種 別	
⑩ 被保険者 (請求者) の 住 所	⑩ 郵便番号	〇〇〇〇〇〇	(フリガナ) トウキョウト	〇〇シ	△△	1-2-3	
	⑪ 住所コード	*	東京都〇〇市△△1-2-3				
被 保 險 者 が 記 入 す る と こ ろ	傷 病 名	糖尿病腎症		⑭ 傷病 コード	※	年 月 日	
		⑮ カ ナ	※	⑯ 傷病 コード	※	年 月 日	
		⑰ カ ナ	※	⑱ 傷病 コード	※	年 月 日	
		⑲ カ ナ	※	⑳ 傷病 コード	※	年 月 日	
㉑ 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		
㉒ 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		
㉓ 発病の状態又は 負傷の原因を詳しく	〇〇年10月28日、体のむくみ・倦怠感が強くなった。				⑳ 第三者行為によるものですか ①:いいえ 1:はい		
㉔ 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 〇〇年 12月 1日から	平成 〇〇年 12月 31日まで	31 日間	自 至	※ 年 月 日	日 数	
㉕ うえの㉔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 受けられない		㉖ 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 の分として 平成 年 月 日まで 円			
㉗ 障害厚生年金又は障害手当金を受給 していますか	いいえ 申請中・はい		㉘ 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			
任意 資格 継続 喪失 被保 険者 の方	㉙ 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				
	㉚ 年金コード又は記号番号もしくは番号		年 金 額				
			円				
			円				
			円				
	年 金 の 合 計 額		円				
※	⑳ 支給回数	㉑ 支給算出額(手)	支給開始日	㉒ 調整減額コード	㉓ 調査先コード	㉔ 海外表示	㉕ 特別支給コード (備考)
		円	1 ㉖ 年 月 日	2 ㉗ 年 月 日		0. 国内 1. 海外	

平成 〇〇年 2月 2日 提出

事業所 担当者印	領 金	円也領収いたしました。
	収 書	平成 年 月 日
		健康保険組合理事長殿
		氏 名 印

※ 受付日付印

事業主が証明する欄	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。															計	出勤	有給																			
	○年12月1日から	○年12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	0			
		○年12月31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			
	31日間	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																1	25																		
	⑧ 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又は支給する場合は	⑩ (自)年	月	日	(至)年	月	日	日数	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円
		⑪ (自)年	月	日	(至)年	月	日	日数	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	
		⑫ (自)年	月	日	(至)年	月	日	日数	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	
		⑬ (自)年	月	日	(至)年	月	日	日数	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	
	現在までも又は将来も支給しない場合はその旨	現在までもまた将来も支給しない。															平成○年 2月 1日																					
うえのとおり相違ないことを証明します。																住所 〒○○○-○○○ 東京都○市△△1-1-1																						
事業主氏名	○○○株式会社 代表取締役 ○○△△															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	糖尿病腎症														
	発病又は負傷の年月日	○年			10月			28日								
	療養の給付を開始した年月日	○年			10月			28日								
	発病又は負傷の原因	不詳														
	④ 労務不能と認められた期間	平成	○年	12月	1日	から	31日間	左の期間中の診療実日数	5	日間						
⑤ 傷病の主状態および経過概要	通院加療中															
⑥ 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	日間	入院の費用の別	健保・公費 自費・その他							
うえのとおり相違ありません。	平成○年 1月 6日															
住所(所在地)	〒○○○-○○○ 東京都△△市○○○3-2-1															
医師 医療機関名	○病院															
氏名	田中 健太															
	○ ○ ○															
	電話 (×××局) △△△△番															

※	⑭ 減額期間	期間	自	年	月	日	至	年	月	日	日数	金額
	⑮ 全部不支給	期間	自	年	月	日	至	年	月	日	日数	
	⑯ 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	⑰ 支払区分	振込		⑱ 預金種別	普通		○ ○		銀行	本店	
	⑲ 金融機関コード						金庫		△ △	支店	
	⑳ 口座番号	1 2 3 4 5 6 7		口座名義		健保 太郎					

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 代理人の氏名と印	(フリガナ)																		
㉑ 代理人の住所	㉑ 郵便番号	〒															(フリガナ)			
	㉒ 住所コード	※																		