

同 年 月 日	令和	年	月	日
決 議 年 月 日	令和	年	月	日
支 給 額	円			
支 給 期 間	平成・令和	年	月	日から
	平成・令和	年	月	日まで
標 準 報 酬 月 額	千円			
資 格 喪 失 年 月 日	平成・令和	年	月	日

常務理事	事務長	担当者

健康保険

## 傷病手当金請求書

①(第 回)

請求日： 令和 年 月 日

被 保 険 者 が 記 入 す と こ ろ	② 被保険者証 の記号番号	記号	③ 被保険者 の氏名	
		番号		
	④ 被保険者 の現住所	〒		電話
	⑤ 傷病名	⑥ 発病・負傷の 年 月 日		平成・令和 年 月 日
	⑦ 発病の状態 又は負傷の 原因	⑧ 第三者行為による ものですか		はい・いいえ
	⑨ 療養のために 休んだ期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		日間
	⑩ 障害厚生年金又は障害手当金を受給していますか	はい・請求中・いいえ		
	⑪ 老齢厚生年金等の公的年金を受給していますか	はい・請求中・いいえ		
	*退職者で、在職中の給与振込口座以外を希望の方はご記入ください。			
	⑫ 支払金融機関	金融機関名	支店名	
預金種目		普通・当座		
口座名義		(カナ)	口座番号	
			*口座名義は、請求者ご本人です。 *カナ欄も忘れずにご記入ください。	

⑬	私は、事業主(会社)を代理人と定め、傷病手当金の受領を委任します。	
委 任 状	本人 (申請者)	住所 氏名
	※代理人 (事業主)	住所 氏名
*退職者または任意継続被保険者の方は記入不要です。		

受付印

※請求に当たっての留意事項

- 傷病手当金は、被保険者が傷病(公傷を除く)のため勤務を休んだことにより賃金を受けられない場合に支払われます。
- ①は、⑤の傷病で継続して請求する場合、何回目の請求であるかを記入してください。
- ②は、健康保険被保険者証に書いてあるものを、そのまま転記してください。
- ⑨は、実際に⑤の傷病で休んだ日から記入してください。  
(病院には行かず自宅療養していた場合や有休を取った場合も含めてください)
- ⑬の本人の欄は、事業主経由(給与振込)で支給するための署名です。必ず署名してください。  
※印の代理人欄は、記入しないでください。(退職者は除く)

被保険者証の記号番号	記号		氏名	
	番号			

※氏名欄は、申請者が必ず自筆で署名して下さい。

療養担当医師の記入欄

療養担当 医師の 意見 欄	傷病名		発病・負傷 の年月日	平成・令和	年	月	日				
	発病・負傷 の原因		療養の給付を 開始した年月日	平成・令和	年	月	日				
	労務不能と 認められた期間	令和	年	月	日から	日間	左の期間中の 診療実日数	日間			
		令和	年	月	日まで						
	当 医 師	労務不能である状 況がどのようなもの であるか傷病の主 状態及び経過概要 について具体的に 詳しく記入してくださ い	この期間の身体状態								
			請求が2回目以降の場合、 前回の症状との比較								
			この期間の治療状況								
	の 意 見	上記期間中に入院 した期間がある場合 はその期間	令和	年	月	日から	日間	入院の費用の別	健保・公費 自費・その他		
			令和	年	月	日まで					
	欄	上記のとおり相違ありません。							令和	年	月
住所											
医師または歯科医師の 氏名 <span style="float: right;">印</span>											

事業主の記入欄

事 業 主 の 証 明 す る と こ ろ	出 勤 状 況	A: 労務に服さなかった期間 (有給休暇も含めて) 令和											年	月	日	～	年	月	日	日間															
		出勤日は「○」、有給休暇は「△」、公休は「公」、欠勤日は「/」でそれぞれ表示して下さい。																																	
		令和	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
		令和	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
		令和	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
	賃 金 の 支 給 状 況	A: 期間に対し賃金を支給しましたか？または今後支給しますか？											はい ・ いいえ ※はいの場合はB:を記入																						
		給与締日			日			給与支給日			( 当月 ・ 翌月 )			日																					
		賃金の名称			支給対象期間						支給日			支給額																					
		B: その他の 賃金減額			地域手当			月 日～ 月 日			月 日			円																					
		寮・社宅費(現物支給分)			月 日～ 月 日			月 日			円																								
通勤手当			月 日～ 月 日			月 日			円																										
※欠勤分が未精算 のときに記入			月 日～ 月 日			月 日			円																										
月 日～ 月 日			月 日			円																													
[ 備考 ]																																			
上記のとおり相違ないことを証明します。											令和	年	月	日																					
事業主 (会社)											所在地 名称 代表者氏名																								
※被保険者の資格喪失後の期間についての証明は必要ありません。																																			