

同 年 月 日		年 月 日		常務理事		事務長		課 長		係 長		係 員		資 格		得 喪		年 月 日	
※支給額														前 始		年 月 日		年 月 日	
※支給支払決議書		支給期間		年 月 日		支給開始		年 月 日		満 了		年 月 日		該 当 文		法第104条		該 当	
不支給期 間		年 月 日		年 月 日		標準報酬月額(		千円)		法第108条		該 当							
						(計算式)													

健康保険 傷病手当金請求書

① (第 回目)

※裏面の記載例を参考にできるだけ詳しく記入してください。

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	② 被保険者証の 記号の番号		第 号		③ 請求者の 氏 名 印		④ 印	
	⑤ 請求者の現住所		〒		TEL () -			
	⑥ 事業所の名称				職 種			
	⑦ 被保険者の資格 取得年月日		昭和 年 月 日 平成 年 月 日 令和 年 月 日		⑧ 被保険者の 標準報酬月額		千円	
	⑨ 傷病名		1. ⑩ 療養開始日 発病又は負傷年月日		年 月 日		⑪ 治療を受けた (医療機関名)	
			2. 年 月 日		年 月 日		(所在地)	
	⑫ 発病又は負傷の原因 (第1回目の請求の ときだけ記入)		(いつ) 年 月 日 (曜日) 午前 午後 時頃 (何をしていて)		(どこで)		⑬ 第三者行為によるものですか いいえ はい	
	⑭ 病気やけがで仕事を 休んだ期間 (請求期間)		令和 年 月 日から 日 令和 年 月 日まで		日 間			
	⑮ 病気やけがで仕事を を休んだ場合		基本給は 諸手当は		全額受けられる ・ 一部受けられる ・ 受けられない 全額受けられる ・ 一部受けられる ・ 受けられない			
	⑯ 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 ・ 請求中 ・ はい		⑰ 受給年金又は手当金の 受給額		⑱ 年金又は手当金の原因となった傷病名	
				年金・手当金 円				
⑲ 任意継続被保険者・資格喪失者の方 で、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 ・ 請求中 ・ はい		⑳ 年金制度名		㉑ 現在の年金額		
						円		
※受給中の方は、年金証書の (写) 又は年金改定通知書の (写) を必ず添付してください。								

退職後 の方の み記入	② 退職後に、この請求をされる方は、払い渡し金融機関名をご記入ください。		
	(ア) 預金の種別	(イ) 金 融 機 関 名	(ウ) 支 店 名
	1 普 通	銀行 信用金庫 農協	本 店 支 店
	2 総 合		
	(エ) 口座番号	(オ) 口座名義人	

令和 年 月 日提出
受付日付印

初回請求分は、賃金台帳の写しを添付してください。
(賃金台帳を提示していただいても結構です)

事業主が証明する欄	労務に服さなかった期間		就労状況(欠勤…×、出勤…○、早退…◎、有給…△、公休…公 と該当日に表示してください。)																															
	令和 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																														
	令和 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																														
	1か月分の基本給・諸手当の額 (支給の有無に関係なく記入してください)			基本給や諸手当の支給状況(給料の締切単位に記入)																														
				月 日～ 月 日										月 日～ 月 日										月 日～ 月 日										
	基本給 月給・日給・時間給 円			(日分) 円										(日分) 円										(日分) 円										
	住宅手当 無・有(1か月) 円			()										()										()										
	通勤手当 無・有(1か月) 円			()										()										()										
	家族手当 無・有(1か月) 円			()										()										()										
	手当(1か月) 円			()										()										()										
	手当(1か月) 円			()										()										()										
	給料の種類		月給・日給・月給・時間給・その他()	欠勤控除の有無及び控除の方法			欠勤控除の有無		控除する場合は、欠勤控除の計算方法を具体的に記入してください。																									
	給料締切日		日締		基本給	控除する 控除しない																												
	給料支払日		日払		通勤手当	控除する 控除しない																												
					その他の手当	控除する 控除しない																												
上記のとおり相違ないことを証明します。																																		
令和 年 月 日 事業所の所在地																																		
(記載者氏名) 名称																																		
Tel () 事業主の氏名 ㊟																																		

療養を担当した医師が意見を書く欄	傷 病 名		発 病 又 は 負 傷 年 月 日				療養の給付開始年月日				発病又は負傷の原因					
	1.		令和 年 月 日				令和 年 月 日									
	2.		令和 年 月 日				令和 年 月 日									
	労 務 不 能 と 認 め た 期 間				診療実日数		入 院 期 間				入院費用の別					
	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間				日		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間				健保・公費 自費・その他					
	傷病の主症状及び経過状況(上記労務不能と認めた期間における主たる症状、療養指導などについて詳しく記入してください。)															
											(1) 人工透析を開始した日 (2) 人工骨頭又は人工関節をそう入置換した日 (3) 人工肛門を造設した日 (4) 人工膀胱又は尿路変更術を施行した日 (5) 心臓ペースメーカー、人工弁を装着した日 令和 年 月 日					
	上記のとおり相違ありません。												医療機関所在地			
	令和 年 月 日												名称			
	Tel ()												医 師 氏 名 ㊟			

※医療機関名称、所在地等はできるだけゴム印を使用してください。