



健保組合記入欄	支給決定	平成 年 月 日	全額支給 ・ 全額不支給 ・ 一部不支給			
	支給金額	円	支給期間	自 平成 年 月 日	至 平成 年 月 日	日間
	標準報酬月額	千円	標準報酬日額	円	標準報酬日額の2/3(四捨五入)	円
支給開始年月日		平成 年 月 日	常務理事	事務長	係	台帳記入



傷病手当金支給請求書

							平成 年 月 日提出
被 保 險 者 が 記 入 す る 欄	① 被保険者証 記号・番号		② 被保険者の氏名と 生年月日	(カナ)	③ 生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日生	
	④ 被保険者の住所と 電話番号	〒 () -					
	⑤ 事業所の 名 称					⑥ 標準報酬額	千円
	⑦ 資格取得 年 月 日	昭和・平成 年 月 日	⑧ 仕事の内容 (退職者は在籍中)				
	⑨ 発症又は 負傷の 年 月 日	平成 年 月 日	⑩ 傷 病 名				
	⑪ 発病の状態 負傷の原因	詳しく記入 (外傷性疾患については「傷病原因届」を添付してください。)					
	⑫ 疾病又は負傷 の療養のため に休んだ期間	平成 年 月 日	日間	⑬ 第三者行為に よるものですか		1. はい ・ 2. いいえ	
	⑭ 上記⑫に記入した期間の報酬	受けた ・ 受けない		受けられる ・ 受けられない			
	⑮ 報酬の支払を受けた又は受けられる 時は、その報酬額及びその報酬 支払の基礎となった又は期間	平成 年 月 日	から平成 年 月 日	日間		円	
	⑯ 振込金融機関名		預金種別	口座番号	受取人名		
銀行 信託銀行 信用金庫 その他		普通 当座		(カナ)			

⑰ 受取代理人 が記入する 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 險 者 住 所 〒 -						
	(請求者) 氏 名		〒				
	代 理 人 住 所 〒 -						
(実際に給付金を受領する者)		氏 名		〒			
委任者と代理人との関係							

事業主及び医療機関の証明

事業主が証明するところ	(ア) 労務に服さなかった期間		平成	年	月	日	から	平成	年	月	日	まで	日間							
	(イ) 出勤:○ 有給:△ 公休:公 欠勤:/でそれぞれ表示してください。												出勤	有給	計					
	年	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15				
	月	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日	日	日
	年	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15				
	月	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日	日	日
	(ウ) 上記に記入した期間中の分として報酬を「全額支給」又は「一部支給」した場合に金額を記入。	自年月日	至年月日	日間	支給額	日額	備考													
					円	円														
					円	円														
					円	円														
(エ) 報酬を支給しない理由							給与締日	日												
							給与支払日	当月・翌月 日												
(オ) 被保険者の報酬形態(該当を○で囲む)	月給	日給	月給	時給	歩合給	役員報酬	その他()													
(カ) 上記のとおり相違ないことを証明いたします。								平成	年	月	日									
																				
	所在地																			
	事業所	名称																		
		氏名																		

療養を担当した医師が意見を記入するところ	(キ) 受診者氏名											医師による、ご意見欄は、傷病手当金の支給・不支給の判断をするために大変重要となりますので、できるだけ詳しく記入してください。	
	(ク) 労務不能と認められた傷病名							(ケ) 療養の給付を開始した年月日	平成	年	月	日	
	(コ) 発病または負傷の年月日	平成	年	月	日	(カ) 発病または負傷の原因							
	(シ) 労務不能と認められた期間	自 平成	年	月	日	日間	(ス) 左記の期間中の診療実日数						
	(セ) (1) 上記の期間における主たる症状及び経過(くわしく)												
		(2) 症状の経過からみて従来職種について労務不能と認められた医学的所見											
	(ソ) 上記の期間中に入院した期間	自 平成	年	月	日	日間	(タ) 入院の費用の別	健保・自費・公費・その他					
	(チ) 上記のとおり相違ありません。								平成	年	月	日	
													
		住所(所在地)											
	医療機関名												
		医師氏名											