

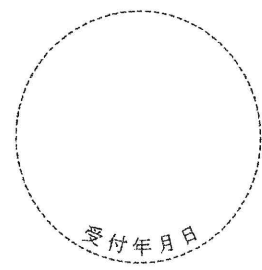
本件支給決定してよろしいか	常務理事	担当	審査	資格照合	備 考									
					自 年 月 日 日間 至 年 月 日 日間									
	標準報酬	支給期間			支給日数	回数	支給決定額					円		
	千円	自 年 月 日 日間 至 年 月 日 日間	日間	回目										
前回迄の 支給期間	自 年 月 日 日間 至 年 月 日 日間	資格関係 照 合 済		年 月 日 取得 年 月 日 喪失										

健康保険 傷病手当金請求書 (第 回)

被 保 険 者 （ 請 求 者 ） が 記 入 す る と こ ろ	① 健康保険被保険者証の記号・番号		② 事業所名		③ 被保険者の 業務の種類		(既に退職している場合は 退職前の業務の種類)	
	被保険者の (請求者の) 氏 名・印 住 所	④ フリガナ 氏 名	⑤ 住 所		TEL () -			
	生年月日	T・S・H 年 月 日生						
	⑥ 請求期間 (病気又はケガのため休んだ期間)				⑦ ⑥の期間に(請求期間)給料を受けましたか			
	年 月 日から 年 月 日まで 日間		ただし (具体的な日付を記入してください) は出勤のため除く 是有給休暇		ア.全部受けた イ.全部受けられる ウ.一部受けた エ.一部受けられる オ.受けられない		年 月 日から 年 月 日まで 日間 円	
	⑧ 請求の原因となった傷病名		⑨ 負傷(ケガ)は第三者の行為によるものですか		⑩ 負傷(ケガ)の原因・状況			
	ケガ⇒		はい ・ いいえ (別途「負傷届・第三者行為届」 を提出してください) (右記に記入してください) ⇒		(いつ) 年 月 日 () 時 分頃 (どこで) (何をしていた、どのように負傷したか) ア.私用中 イ.仕事中 ウ.通勤途中 エ.その他()			
	病気⇒		⑩ 発 病 の 原 因 発病の年月日 年 月 日					
	⑫ 老人保健法による医療を受けているときは医療受給者証の市町村番号、受給者番号及び発行機関名		(市町村番号)		(受給者番号)		(発行機関名)	
⑬ 同じ傷病で障害厚生年金又は障害手当金を受けているとき		障害厚生年金(同一の障害基礎年金を含む)又は障害手当金の額 円		年金を受けられることになった傷病名及びその年月日(傷病名) 年 月 日				

請求者または受取代理人	銀行等に振込を希望する場合		口座預金種別				預金口座名義人の氏名	
	銀行	店	1.普通 2.当座 3.通知 4.別段				フリガナ	
	金庫	支店	預金口座番号					
	組合	出張所						
	農協							

受取代理人の欄	⑭ 本請求に基づく給付の受領に関する権限を代理人に委任します。 年 月 日	
	被保険者(請求者)住所 氏 名	
	代理人の氏名と印	フリガナ 被保険者(請求者)との関係
	代理人の住所	フリガナ



社会保険労務士
氏 名・印

事業主が証明するところ	④ 労務に服さなかった期間				⑤ 職場復帰しましたか		⑥ ④の期間に報酬を支給しましたか		
	年 月 日から		ただし (具体的な日付を記入してください)		ア. 欠勤中(証明日現在)		ア. 全部支給した イ. 全部支給する		
	年 月 日まで		は出勤のため除く		イ. 月 日から出勤		ウ. 一部支給した エ. 一部支給する		
			は有給休暇		ウ. 月 日付で退職		オ. 支給しない		
⑦ 報酬の支払形態				⑧ 報酬の締切日・支払日		⑨ 欠勤した場合の報酬の支給方法			
ア. 月給制 イ. 日給月給制				(締切日) (支払日)		・基本給は ア. 控除しない イ. 控除する			
ウ. 日給制 エ. 時間給制						・諸手当は ア. 控除しない イ. 控除する			
オ. その他 ()				日締め 日払い		その他 ()			
⑩ ④の期間中における報酬(今後支払い予定のものを含む)の支給額等について、報酬の締切ごとに記入してください									
		基本給	家族手当	役付手当	通勤手当	手当	手当	手当	手当
欠勤しなかった場合の1か月の報酬支払額		円	円	円	円	円	円	円	円
実際の報酬支払額	1/月	年 月 日から 年 月 日まで	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /
		円	円	円	円	円	円	円	円
	2/月	年 月 日から 年 月 日まで	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /
		円	円	円	円	円	円	円	円
3/月	年 月 日から 年 月 日まで	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /
	円	円	円	円	円	円	円	円	円
⑪ 上記のとおり相違ありません。 年 月 日 事業主の所在地 事業所の名称 事業主氏名・印 TEL () -									

医師が意見をかくところ	① 傷病名								
	② 発病又は負傷の原因								
	③ 診療を開始した年 月 日	年 月 日	④ 発病又は負傷の年 月 日	年 月 日					
	⑤ 労務不能と認めた期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間	⑥ 左の期間中の実日数	日間				
	⑦ 上の期間のうち入院した期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間	⑧ 入院の費用の別	健康保険・自費 その他 ()				
	⑨ 傷病の主症状及び経過の概要	就労の見込みについて (ア. 月 日頃から就労可能の見込み イ. 現時点では不明)							
	⑩ 人工透析を実施又は人工臓器を装着したとき	人工透析を実施又は人工臓器装置を装置した日				年 月 日			
		ア. 人工肛門 イ. 人工膀胱 ウ. 人工関節 エ. 人工骨頭 オ. 心臓ペースメーカー又は人工弁 カ. 人工喉頭 キ. その他							
⑪ 上記のとおり相違ありません。 年 月 日 住所 (所在地) 医師 医療機関名 氏 名 TEL () -									

所在地・医療機関名はゴム印でお願いします。