

支出 決議 書					金額	円					
常務理事	事務長	総務課長	課長補佐	係員	期間	年	月	日	日間		
					備考						
年 月 日 決裁					年 月 日 執行						

## 傷病手当金請求書

(第 回目)

健康保険

被保険者証の記号・番号		④ 生年月日		⑤ 支給額計算		⑥ 給付記録番号		⑦ 受取代理人		⑧ 受付年月日		
①	②	③	年	月	日	*	*	0:無 1:有	*	年	月	日
⑨ 被保険者(請求者)の氏名と印 (フリガナ)			⑦ 事業所の名称					④ 業務の種類別				
⑩ 被保険者(請求者)の住所		⑩ 郵便番号		⑪ 住所コード		⑩ (フリガナ)					⑩ (電話番号)	
傷病名		⑫ 傷病コード		⑬ カナ		⑭ 傷病コード		⑮ カナ		⑭ 発病又は負傷年月日		
⑭ 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						
⑮ 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						
⑯ 発病の状態又は負傷の原因を詳しく		⑯ 第三者行為によるものですか 0:いいえ 1:はい										
⑰ 傷病又は負傷の療養をするため休んだ期間(支給期間)		年 月 日 から		年 月 日 まで		自		年 月 日		日数		
⑱ うえの⑰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 受けない		受けられる 受けられない		⑱ 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		年 月 日 から 年 月 日 まで の分として 円				
⑲ 障害厚生年金又は障害手当金を受給していますか		⑲ 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								
いいえ・請求中・はい												
⑲ 任意継続被保険者の方		⑲ 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								
⑲ 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								

⑲ 支給回数	⑲ 支給算出額(手)	支給開始日	1	⑲	年	月	日	⑲ 調整減額コード
	円		2	⑲	年	月	日	
⑲ 調査先コード	⑲ 海外表示	⑲ 特別支給コード	(備考)					
	0.国内 1.海外							

年 月 日 提出  
受付日付印

◎[\*]印欄は記入しないでください。

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◇で、欠勤は/でそれぞれ表示してください。																				計	出勤	有給											
	⑳	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
	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	日	日
	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	日	日
	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
		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
		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
現在までも又は将来も支給しない場合はその旨		うえのとおり相違ないことを証明します。																				年 月 日													
住所 〒																																			
事業主 氏名																						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															
	発病又は負傷の年月日	年		月		日										
	療養の給付を開始した年月日	年		月		日										
	発病又は負傷の原因															
	㉑ 労務不能と認められた期間	年		月		日から		年		月		日まで		日間	左の期間中の診療実日数	日間
	㉒ 傷病の主状態および経過概要															
	㉓ うえの期間中に入院した期間がある場合はその期間	年		月		日から		年		月		日まで		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。		年 月 日														
住所(所在地) 〒																
医師 氏名																
		電話 (局) 番														

※	㉔ 減額期間	期間	自	年	月	日	至	年	月	日	日数	金額
	㉕ 全部不支給	期間	自	年	月	日	至	年	月	日	日数	円
	㉖ 不支給(法定外)	期間	自	年	月	日	至	年	月	日	日数	円

支払方法	⑳ 支店コード	㉑ 金融機関コード	㉒ 支店コード	㉓ 預金種別	銀行 金庫 信組	本店 支店 出張所
口座振込	⑳ 支店コード	㉑ 金融機関コード	㉒ 支店コード	㉓ 預金種別	口座名義	(フリガナ)
		㉑ 金融機関コード	㉒ 支店コード	㉓ 預金種別	⑳ 口座番号(右づめで記入)	

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。		年 月 日	
	被保険者(請求者)住所 氏名			
㉔ 代理人の氏名と印	(フリガナ)			
㉕ 代理人の住所	㉕ 郵便番号	+	(フリガナ)	
	㉖ 住所コード	*		

賃金の支給された期間がある場合は、出勤簿と賃金台帳を必ず添付してください。

送信