

受付年月日	年 月 日
同年月日	年 月 日
決裁年月日	年 月 日
支払年月日	年 月 日
支給額	円
支給開始	年 月 日
支給期間	自 年 月 日
	至 年 月 日
前回	始 年 月 日
	終 年 月 日

決 裁	常務理事	事務長	課 長	担当者
資格取得	年 月 日			
資格喪失	年 月 日			
標準報酬月額	千円 (第 級)			
障害年金額				
全部・一部 不支給	期間:	～	日間	
	理由			
備 考				

傷病手当金請求書 (第 回)

《被保険者が記入するところ》

被保険者証の記号番号	—			事業所の名称	
または個人番号 (マイナンバー)				被保険者の業務の種別	
資格を取得した年月日	年 月 日	標準報酬月額	千円		
介護保険のサービスを受けた時	保険者番号	被保険者番号	保険者名称		
発病または負傷の年月日	年 月 日	傷病名			
発病または負傷の原因				第三者行為によるものですか	いいえ ・ はい
労務に服する事が出来なかった期間	年 月 日 から	年 月 日 まで	日間		
上記期間の報酬の全部または一部を受けたとき、または受けることができるときは、その報酬額及び期間	年 月 日 から	年 月 日 まで	日間		
障害年金、障害手当金を受けているとき、又は受けることができるときは、その報酬額及び期間	年金の種別	障害年金 障害手当金	年金額	支給となった事由の傷病名	
	年金を受けることとなった年月日		基礎年金番号 年金コード		
任意継続被保険者の方 資格喪失者の方	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			はい・請求中・いいえ	
	老齢 (退職) 年金の名称	基礎年金番号および年金コード又は記号番号もしくは番号	受給年月日	年金額	
			年 月 日	円	
			年 月 日	円	
			年 月 日	円	
年金の合計額			円		
振込希望の銀行 (被保険者口座)	銀行	支店			
	普通 当座	(口座名義人:)			

上記のとおり請求します。
また、今回請求した傷病手当金の審査にあたり、当健保組合が関係諸機関 (事業主・医療機関及び担当医師等) に照会することに同意します。

年 月 日
被保険者の住所 〒
氏名

《事業主が証明するところ》

労務に服さなかった 期 間	年 月 日 から 年 月 日 まで	日間
上記期間の報酬の全部または 一部を支給するまたは支給し た報酬額及び期間	年 月 日 から 年 月 日 までの分 金 円 (月 日支払)	日間
上記のとおり相違ないことを証明します。		
年 月 日		
事業主 住所 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		発病または負傷の原因	
発病または負傷 の年月日	年 月 日	療養の給付を開始した年月日	年 月 日
労務不能と 認められた期間	年 月 日 から 年 月 日 まで	日間	診療 実日数 日間
傷病の主症状 および経過 概要		上記の期間中に 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
上記のとおり相違ありません。			
年 月 日			
医師 住所 (所在地) 医療機関名 氏名	電話 局 () 番		

《委任状》 委任をする場合のみご記入ください

私は		を代理人と定め、次の権限を委任する。	
年 月 日	に請求した傷病手当金のうち、金	円	の受領に関すること。
		年 月 日	
被保険者の (請求者)	住所 氏名		
代理人の	住所 氏名		
振込希望の銀行 (代理人口座)	銀行	支店	
	普通 当座	(口座名義人:)	