

受付年月日	年	月	日	業務担当	業務担当	業務担当	担当者
同年月日	年	月	日				
	年	月	日				
	年	月	日				
支給額							
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			
				障害年金額			
				全部・一部 不支給			
				備考			

**記入見本**

- ① 《被保険者が記入するところ》の青字部分に記入してください。
- ② 《療養を担当した医師が意見を書くところ》は、医師に記入してもらってください。  
※医師の証明日が労務不能と認めた期間以降である必要があります。
- ③各社 人事・総務担当者へ提出してください。

被保険者証の記号番号を記入した場合、個人番号の記入は不要です。  
※個人番号を記入した場合は、必ず本人確認書類を添付してください。

**傷病手当金請求書（第1頁）**

《被保険者が記入するところ》

被保険者証の記号番号	8001 - 9876		事業所の名称	木住株式会社			
または個人番号（マイナンバー）			被保険者の業務の種別	営業			
資格を取得した年月日	S56年 7月 8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	令和1年 5月 12日		傷病名	肝機能障害			
発病または負傷の原因	飲酒 等		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	令和1年 5月 12日 から				16 日間		
	令和1年 5月 27日 まで						
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
	受けた報酬			受けること			
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	年金の種類	障害年金	障害手当金				
	年金を受けることとなった			年月日	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 月 日			
				円			
				円			
				円			
	年金の合計額			円			
振込希望の銀行 （被保険者口座）	ナイス 銀行		鶴見中央 支店				
	普通	5216161					
	当座	（口座名義人： ステキ タロウ）					

1回目の申請の際は、傷病により実際に休み始めた日（有給や公休日を含む）から翌月5日までで記載してください。  
2回目以降は1ヶ月単位（6日～翌月5日）で申請してください。

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。

令和1年 6月 15日  
被保険者の住所 〒 230-0051 横浜市鶴見区鶴見中央 710  
氏名 素適 太郎

《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	医師による証明を取得したうえで、 会社(人事・総務担当者)へ提出して、事業主証明を受けてください。	
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	「労務に服することができなかった期間」以降に 医療機関へ提出して、証明を受けてください。		
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
傷病の主症状 および経過 概要	経過など詳しく記載して もらってください。	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:	)