

受付No.

—

健康保険 傷病手当金請求書(第 回目)

※被保険者は、太枠の中を記入してください。

(1/2)

被 保 険 者 記 入 欄	社員番号			フリガナ		
	被保険者証	記号		被保険者の氏名と印	⑩	
		番号		生年月日	昭和・平成	年 月 日
	資格取得日	昭・平・令 年 月 日		資格喪失日	平成・令和	年 月 日
	傷病名			発病(負傷)年月日	平成・令和	年 月 日
	発病の状態又は負傷の原因				第三者行為によるものですか	いいえ はい
	上記傷病で休んだ期間 (請求期間)	平成・令和 年 月 日から平成・令和 年 月 日まで 日間				
	療養の状況	※休んだ期間の症状や日常生活の状況、どのように療養されているか等、具体的にご記入ください。				
老齢厚生年金 の受給	☐ 有 ☐ 無 ☐ 申請中 「有」の場合は「年金証書」の写しを添付		「有」または「申請中」 の場合	基礎年金番号		
障害厚生年金 障害手当金の受給	☐ 有 ☐ 無 ☐ 申請中 「有」の場合は「年金証書」の写しを添付			支給事由となった傷病名		

【医療機関様へのお願い】※意見書は、必ず全項目のご記入をお願いします。

医 生 意 見 欄	傷病名			発病(負傷)の原因		
	上記傷病の 診療開始日	平成・令和 年 月 日		発病(負傷)年月日	平成・令和	年 月 日
	労務不能と 認めた期間	平成・令和 年 月 日から平成・令和 年 月 日まで 日間				左の期間中の診療 実日数 日間
	上記のうち 入院期間	平成・令和 年 月 日から平成・令和 年 月 日まで 日間				
	上記期間中における傷病の主たる状態および労務不能と認めた理由					
	経過症状より今後労務不能と認められる期間 令和 年 月 日 まで労務不能の見込み・治癒・不明					
	上記のとおり相違ありません。	証明日	令和	年	月	日
	医療機関所在地					
	医療機関名称					
	医師の氏名	⑩				

※下記請求期間にかかわる出勤簿及び賃金台帳の写しを添付してください。

(2/2)

事業主証明欄	※在職中の期間について証明（被保険者の資格喪失後の期間についての事業主の証明は不要です）													
	労務に服さなかった期間			平成・令和 年 月 日 ～ 平成・令和 年 月 日 日間										
	出勤状況 ____月		【欠勤＝○】【出勤＝×】【年休＝△】【公休日＝□】と該当日に表示してください。											
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		欠勤 日
			11	12	13	14	15	16	17	18	19	20		出勤 日
			21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	年休 日
	給与の形態		(該当箇所○) 時間給 ・ 日給 ・ 日給月給 ・ 月給											
	上記のとおり相違ないことを証明します。													
	請求者より委任を受けた給付金は、当事業所と貴組合との間で定められた方法で受領し請求者に支給します。													
	令和 年 月 日													
事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 ⑩														
在職中の請求	在職中の方はこちらに記入してください。（給付金の受領を事業主に委任する）													
	給付金の受領を上記事業主に委任します。													
	令和 年 月 日 被保険者住所 被保険者氏名 ⑩													
退職後の請求	退職後、任意継続の方はこちらに記入してください。													
	今回の請求期間において、給与収入・雇用保険の基本手当（失業給付）の受給はありません。													
	上記のとおり相違ありません。													
	令和 年 月 日													
	被保険者住所 被保険者氏名 (請求者氏名) ⑩													
	振込先	銀行・信用金庫・農協 支店・出張所												
普通・当座				口座番号										
名義人		(フリガナ)												
		(漢字)												

受付印