

記入見本

傷病手当金請求書は、全部で2枚です。
2ページ目も忘れずに提出してください。

受付No.

—

健康保険

傷病手当金請求書(第〇回目)

※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	〇 〇 〇 〇 〇 〇	フリガナ	ハナツバキ タロウ		
	被保険者等	記号	〇 〇 〇 〇	被保険者の氏名	花樺 太郎	
		番号	〇 〇 〇 〇 〇 〇	生年月日	〇 昭和 〇 平成 <input checked="" type="radio"/> 年 〇 月 〇 日	
	資格取得日	〇 昭 〇 平 〇 令 〇 年 〇 月 〇 日		資格喪失日	〇 平成 〇 令和 年 月 日	
	傷病名	骨折		発病(負傷)年月日	〇 平成 〇 令和 <input checked="" type="radio"/> 年 〇 月 〇 日	
	発病の状態又は負傷の原因	スキーで転倒し、骨折したため			第三者行為によるものですか <input type="radio"/> はい <input checked="" type="radio"/> いいえ	
	上記傷病で休んだ期間(請求期間)	〇 平成 〇 令和 <input checked="" type="radio"/> 年 〇 月 1 日から 〇 平成 〇 令和 <input checked="" type="radio"/> 年 〇 月 31 日まで 31 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。				
		〇月〇日に手術のため入院した。〇月〇日に退院。 退院後、現在は自宅療養中、月〇回病院に通っています。			詳しくご記入ください	
	老齢厚生年金の受給	〇 有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 申請中 <input type="radio"/> 「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		
障害厚生年金 障害手当金の受給	〇 有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 申請中 <input type="radio"/> 「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 師 意 見 欄	傷病名	発病(負傷)の原因		
	上記傷病の診療開始日	〇 平成		
	労務不能と認められた期間	〇 平成 〇 令和		
	上記のうち入院期間	〇 平成 〇 令和		
	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られた理由			
	<p style="font-size: 2em; color: red;">医師の意見を受けてください</p>			
	<p style="font-size: 1.2em; color: red;">療養担当者の方へ ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入ください。</p>			
	経過症状より	令和		
	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				

2ページ目です。

在職期間の請求は事業主の証明が必要です。

お勤め先の事業所に、1ページ目に被保険者欄を記入し、医師の意見・証明を受けてこの2ページ目と共に提出してください。

2/2)

※下
※

事業主証明欄

日間

【欠勤=○】【出勤=×】【年休=△】【公休日=□】と該当日に表示してください。

出勤状況	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

事業主の方へ
ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入ください。

上記
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 _____

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 _____

在職中の方はこちらをご記入ください

退職後の請求

退職後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 _____)

振込先

支店 ○出張所

名義人 (フリガナ) _____
(漢字) _____

退職後の方はこちらをご記入ください

受付印