

受付年月日	年 月 日	決 裁	
伺 年 月 日	年 月 日		台帳照合印
決 裁 年 月 日	年 月 日		
※支給 支払決 議書	支給額	円	資格取得
	支給内訳	円	資格喪失
	支給開始	年 月 日	標準報酬月額
	支給期間	自 年 月 日 至 年 月 日	障害年金・日額障害手当金額
	前回	始 年 月 日 終 年 月 日	老齢(退職)年金額
			全部・一部支給理由備考

傷病手当金・傷病手当附加金請求書 (第 回日)

①被保険者証の記号・番号	②被保険者の業務の種類		
③事業所の名称及び所在地	所在地		
④資格を取得した年月日	⑤標準報酬月額 000円		
⑥老人保健法の医療を受けたとき	⑦介護保険のサービスを受けたとき		
⑧発病又は負傷の年月日	⑨傷病名		
⑩発病又は負傷の原因	⑪第三者行為によるものですか いいえ・はい		
⑫労務に服することができなかった期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間		
⑬上記期間の報酬の全部又は一部を受けたとき、又は受けることができるときは、その報酬額及び期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間 受けた報酬額 円 受けることができる報酬額 円		
⑭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	⑮年金の種類 障害年金・障害手当金 ⑯年金額 ⑰年金の支給事由となった傷病名		
⑮任意継続被保険者の資格喪失の方	⑰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	
	⑱老 年 金 の 名 称	⑲基礎年金番号及び年金コード又は記号番号若しくは番号	⑳受給年月日 ㉑年 金 額
			年 月 日 円
			年 月 日 円
		㉒年金の合計額 円	
⑯振込希望の金融機関名	金庫銀行・郵便局 支店 (普通 当座)		
⑰ 上記のとおり請求します。	年 月 日		
被保険者の住所氏名	健康保険組合理事長 殿		

※A3での印刷ができない場合は、A4で印刷した後に拡大コピーしてご使用ください。

事業主が証明するところ	⑱労務に服さなかった期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間
	⑲上記の期間中の分として支給する場合、又は支給する場合	年 月 日から 年 月 日まで 日として ( 月 日支払) (金 円)
	⑲一部支給した場合、又は支給する場合	年 月 日から 年 月 日まで 日として ( 月 日支払) (金 円)
	⑲現在までも支給しない場合は、その旨	
	⑳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	⑳傷病名	㉑発病又は負傷の原因	
	㉒発病又は負傷の年月日	年 月 日	㉓療養の給付を開始した年月日 年 月 日
	㉔労務不能と認められた期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間	㉕診療実日数 日間
	㉖傷病の主症状および経過概要	㉗上期の期間中に入院を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	健自 保費 公費 その他
	㉘上記のとおり相違ありません。	年 月 日	
	住所(所在地) 医師 医療機関名 氏名	電話 局 ( ) 番	

委任状	⑳ 私は 年 月 日 貴組を代理人と定め、次の権限を委任する。
	年 月 日 請求した傷病手当金・傷病手当附加金のうち 円也の受領に関すること。
	住所 被保険者の(請求者) 氏名
	住所 代理人の 氏名
㉙振込希望の金融機関名	金庫銀行・郵便局 支店 (普通 当座)

領収書	㉚金 円也 但し うえの金額を領収いたしました。	年 月 日
	健康保険組合理事長 殿	
	住所 受領者 氏名	

記入方法については裏面の記載事項を御覧の上御記入下さい。