

傷病手当金請求書（第 回目）

被 保 険 者 が 記 入 す と こ ろ	被保険者証の 記号・番号	記号： 番号：	被保険者の 業務種別		
	事業所名称		事業所所在地		
	資格を取得した 年月日	年 月 日	標準報酬月額	千円	
	傷 病 名		発病又は 負傷の年月日	年 月 日	
	発病又は 負傷の原因				第三者行為によるものですか
					はい ・ いいえ
	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			
	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	受給している ・ 受給することができる（申請中） ・ 受給していない			
		※受給している場合は年金額がわかる書類を添付してください。			
老齢又は退職を事由とす る公的年金を受給してま すか	受給している ・ 受給することができる（申請中） ・ 受給していない				
	※受給している場合は年金額がわかる書類を添付してください。				
振込先口座 (被保険者)	金庫 銀行 組合	支店	普通 当座	口座番号 名 義	
※マイナンバーに登録のある口座へ振込希望の場合はチェック→ <input type="checkbox"/>					
委 任 状	私は、_____を代理人と定め、次の権限を委任する。				
	令和____年____月____日に請求した傷病手当金の受領に関すること。				
	被保険者(請求者)の住所_____				
	被保険者(請求者)の氏名_____				
	代理人(事業所)の住所_____				
代理人(事業所)の氏名_____					
上記のとおり請求します。 令和 年 月 日					
住 所 被保険者の 氏 名 健康保険組合理事長 殿					

※お振込みは原則、被保険者の口座になります。事業主宛をご希望の場合は委任状欄に記入してください。

※賃金台帳・出勤簿(タイムカード)を添付してください。

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
	上記の期間中の分として支払う報酬関係	全額支給あり ・ 一部支給あり ・ 報酬の支給なし	
	給与の締めと支払日	日締め	日払い
	賃金計算方法 (欠勤控除計算方法等)		
	上記のとおり相違ないことを証明します。		令和 年 月 日
	住 所 事業主 氏 名 電話番号		

療養を担当した医師が意見を書くところ	傷 病 名		発病又は 負傷の原因		
	発病又は 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		上記期間中に入院期間 がある場合はその期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間
			入院費用の別	健 保 ・ 公 費 自 費 ・ その他	
	上記のとおり相違ありません。		令和 年 月 日		
	住 所 医療機関名 医 師 氏 名 電話番号				