

日付 裁決	同 年 月 日		年 月 日		常務理事	事 務 長	会 計	扱 者	被扶養者 古戦照合印								
	支 払 年 月 日		年 月 日														
	支 払 額		拾万	万	千	百	拾	円									
※ 支給 支払 決 議 書	支 給 決 定 の 額	法 定	60 100	款 項 目	日 額	日 数	拾万	万	千	百	拾	円	資 得	年 月 日	前 始	年 月 日	
		格 喪	年 月 日	回 終	年 月 日												
	附 加	100			円								入 院 期 間	年 月 日 から 年 月 日 まで			日 間
					円								法 第 46 条	該 当 ・ 不 該 当			
	支 給 期 間	法 定 附 加	年 月 日 ～ 年 月 日 日 間									備 考	決定標準報酬				
		年 月 日 ～ 年 月 日 日 間															

傷病手当金 請求書
傷病手当金 附加金

健康保險

① (第 回目錄)

被保険者証の記号・番号										④ 生 年 月 日		⑤ 支給額計算		⑥ 給付記録号		⑦ 受 取 代理人		⑧ 受 付 年 月 日																																																																							
①	②	③	1 3 5 7 明大昭平		※ 1. 2. 5. 3. 4.		※		※ 0 : 無 1 : 有		※		※		※		※																																																																								
⑨ 被保険者 (請求者) の氏名					(フリガナ)					⑦ 事業所の名称					④ 業務の種 別																																																																										
⑪ 被 保 険 者 (請求者) の 住 所					⑩ 郵便番号					⑩ 住所コード					(フリガナ)					(電話番号)																																																																					
⑫ 傷 病 コード					⑬ カ ナ					⑭ 傷 病 コード					⑮ カ ナ					⑦ 傷 病 名																																																																					
⑫ 傷 病 コード					⑬ カ ナ					⑭ 傷 病 コード					⑮ カ ナ					⑦ 傷 病 名																																																																					
⑫ 傷 病 コード					⑬ カ ナ					⑭ 傷 病 コード					⑮ カ ナ					⑦ 傷 病 名																																																																					
⑫ 傷 病 コード					⑬ カ ナ					⑭ 傷 病 コード					⑮ カ ナ					⑦ 傷 病 名																																																																					
⑫ 障害(厚生)年金、手当金受給の有無										有・無・請求中										年 月 日から受給										⑫ 年金証書の記号番号																																																											
⑫ 受 給 病 名										⑫ 障害(厚生)年金、手当金の額																																																																															
⑫ 老人保健医療受給者証の市町村番号										⑫ 受給者番号										⑫ 発行機関名																																																																					
⑫ 発病の状態又は負傷の原因を詳しく																																																																																									
⑫ 疾病又は負傷の療養をするため休んだ期間 (支給期間)										自 年 月 日 至 年 月 日										⑫ 第三者行為によるものですか										0 : いいえ 1 : はい																																																											
⑫ うえの⑫に書いた期間の部分の報酬を受けましたか、又は受けられますか										受けた・受けない 受けられる・受けられない										⑫ 報酬の支払いを受けた(受けられる)ときはその報酬の額と、その報酬支払の基礎となった(なる)期間										年 月 日から 年 月 日まで 円																																																											
⑫ 入院した期間があるとき										⑫ 病院の名称										⑫ 病院の所在地										自 年 月 日 至 年 月 日										⑫ 健康保険又は自費で入院しましたか										1. 健保 2. 公 費 3. 自費 4. その他										⑫ 入院期間										⑫ 自 年 月 日 ⑫ 至 年 月 日										⑫ 報酬月額 日 額 (千円)(円)									
被扶養者がいるときは、その者の										⑫ 氏 名										⑫ 生 年 月 日										⑫ 被保険者との続柄										(備 考)																																																	
⑫ 支給回数										⑫ 支給算出額(手)										⑫ 支給開始日										1 ⑫ 2 ⑫										⑫ 調整減額コード										⑫ 調査先コード										⑫ 海 外 表 示										⑫ 特別支給コード																			
⑫ 支給回数										⑫ 支給算出額(手)										⑫ 支給開始日										1 ⑫ 2 ⑫										⑫ 調整減額コード										⑫ 調査先コード										⑫ 海 外 表 示										⑫ 特別支給コード																			
⑫ 支給回数										⑫ 支給算出額(手)										⑫ 支給開始日										1 ⑫ 2 ⑫										⑫ 調整減額コード										⑫ 調査先コード										⑫ 海 外 表 示										⑫ 特別支給コード																			

年 月 日 提出

事業所 担当者印	領 収 書	金	円也領収いたしました。	年	月	日
		健康保険組合理事長殿				
			氏名			印

※ 受 付 日 付 印

事業主が証明する欄	⑦ 労務に服さなかった期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間																																
	① 出勤は○で、有給は△で、公休は公で、欠勤は／でそれぞれ表示してください。																																	
	年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31																														計	出勤	有給
	年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31																																
	年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31																																
⑧ ①うえの期間中の分として、報酬を全額又は一部支給した場 ②合又は支給する場合	⑩	(自) 年 月 日	(至) 年 月 日	日間	円	月 日額	日支払 円																											
	⑪	(自) 年 月 日	(至) 年 月 日	日間	円	月 日額	日支払 円																											
	⑫	(自) 年 月 日	(至) 年 月 日	日間	円	月 日額	日支払 円																											
	⑬	(自) 年 月 日	(至) 年 月 日	日間	円	月 日額	日支払 円																											
⑨ 現在までもまた将来も支給しない場合はその旨																																		
⑩ うえ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かくところ	④ 傷病名						
	⑤ 発病又は傷病の年月日	年		月		日	
	⑥ 療養の給付を開始した年月日	年		月		日	
	⑦ 発病又は負傷の原因						
	⑧ 労務不能と認められた期間	年 年		月 月		日から 日まで	日間 日間
	⑨ 傷病の主状態および経過概要	人工透析又は人工臓器等を装着したとき		人工透析を実施又は人工臓器を装着した日		年 月 日	
		人工臓器等の種類	ア、人工肛門カ、人工透析	イ、人工膀胱キ、その他（	ウ、人工関節	エ、人工骨頭	オ、心臓ペースメーカー
⑩ うえ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 日間		⑪ 入院の費用の例	健保・公費 自費・その他	
⑫ うえのとおり相違ありません。							
	住所（所在地）〒		年 月 日				
	医師 医療機関名 氏 名		() 局)		番		

[illegible]

支払金融機関の欄	③⑥ 支払区分	※ 1. 振込 2. 銀行送金 3. 郵便局送金 4. 当地払	③⑧ 預金種別	1. 普通 2. 当座 3. 通知 4. 別段	④ 銀行 金庫 農協 本店 支店
	③⑦ 金融機関コード	※			
	③⑨ 口座番号				
					郵便局

受 取 代 理 人 の 欄	② 本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 年 月 日		
	被保険者 住 所 (請求者) 氏 名		
	④① 代理人の 氏名と印		④ 委任者と代理人との関係
	代理人の 住 所		④② 郵便番号
	④③ 住所コード ※		(フリガナ)