

# 傷病手当金請求書① (第 回)

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者証の 記号・番号	記号	番号	事業所名	業務内容	
	資格取得年月日	年 月 日		氏名(請求者)		
	病気やけがの為 仕事を休んだ期間 (請求期間)	年 月 日から 年 月 日まで ( ) 日間		住 所	〒	
	傷 病 名			連 絡 先 生年月日	( ) 年 月 日生	
	発病または 負傷の原因	(いつ) 年 月 日(曜日) 午前 午後 時頃		第三者行為によるものですか 1. はい 2. いいえ		
		(どこで) 自宅・職場・通勤中 その他( )		「1.はい」の場合は「第三者行為による傷病届」を添付 老齢・退職を事由とする公的年金の受給はありますか (例:老齢厚生年金) 1. ある 2. ない 3. 手続中		
		(何をしていた・どうした)		障害厚生年金・障害手当金の受給はありますか 1. ある 2. ない 3. 手続中		
	銀被 行保 口險 座者	(フリガナ)			労災保険から休業補償給付を受けていますか。(又は、 過去に受けたことがありますか。)	
		口座名義			1. ある 2. ない 3. 手続中( <small>労働基準監督署</small> )	
			銀 行	本 店	普通	口座番号
		金 庫	支 店			
		農 協	出 張 所			
マイナンバーにより申請する場合は、備考欄に記載してください。当健保にマイナンバーの届出がない方は、マイナンバーカード(両面写)を添付してください。なお、マイナンバーカードをお持ちでない方は、通知カード(写)またはマイナンバー付きの住民票と運転免許証等の顔写真付きの身分証明(写)を添付してください。 <input type="checkbox"/> マイナンバー記載の本申請書提出を事業主へ委任します。(事業主経由にて申請の場合、レ点)						
備 考						

療 養 を 担 当 し た 医 師 が 証 明 す る 欄	傷病名	発病又は負傷の日	年 月 日	発病又は 負傷の原因		
	労務不能と 認められた期間	年 月 日から	療養開始年月日	年 月 日	区 別	業務上・業務外
		年 月 日まで		期間中の診療実日数	日	左記期間中 の入院期間
	傷病の主症状及び経過状況 (労務不能期間における症状、療養指導、手術をした場合は名称と年月日など、できるだけ詳しく記入してください)			転 帰	治癒・継続・中止・転医	
				この欄に記入したことは、事実と相違ない事を証明します。		
				年 月 日		
			医療機関			
			所在地			
			名 称			
			医師氏名			
			電話番号			
今後、労務不能と認められる期間及び意見						
※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。						

健 康 保 険 組 合 処 理 欄	支 給 額	円	支 給 日	年 月 日	常務理事	担当	確認	確認
	支 給 期 間	年 月 日から	日 間	支給開始日	年 月 日			
		年 月 日まで		支給満了日	年 月 日			
	不支給期間と その理由	年 月 日から	日 間	前回 始め	年 月 日	資 格 取 得	年 月 日	
		年 月 日まで		前回 終了	年 月 日	資 格 喪 失	年 月 日	
	( )					標準報酬月額 千円		
支給額計算 円 × $\frac{2}{3}$ × 日間 = 円 <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> 事業主証明用に記入</span>								
受付日付印								