

# 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)	印	
	病気やけがの為 仕事を休んだ期間 (請求期間)	年 月 日から		住 所	〒	
		年 月 日まで ( ) 日間				
	傷 病 名				連絡先	( ) -
					生年月日	昭和・平成
	発病または 負傷の原因	(いつ) 午前			第三者行為によるものですか 1. はい 2. いいえ	
		平成 年 月 日( 曜日) 午後 時頃				
		(どこで) 自宅・職場・通勤中 その他( )				
	負傷の原因	(何をしています・どうした)			「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	
			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 口座 座者	銀 金 農	行 庫 協	本 店 支 店 出張所	普通	口座番号	
(フリガナ)						
口座名義						
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	
	今後、労務不能と認められる期間及び意見			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。		
平成 年 月 日				医療機関	所在地	
			名 称	医師氏名	印	
			電話番号			

健 康 保 険 組 合 処 理 欄	支 給 額	円	支 給 日	年 月 日	常務理事	事務長	担当	
	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 取 得	年 月 日	
		年 月 日まで		前回終了	年 月 日	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					
<input type="checkbox"/> 事業主証明用に記入								
受付日付印								