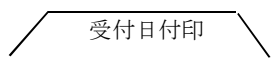


# 傷病手当金請求書① (第 1 回)

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	
	病気やけがの為 仕事を休んだ期間 (請求期間)	令和 2年 9月 5日(土) から 令和 2年 9月 27日(日) まで ( 23 ) 日間		<p>下記①、②の場合、別途、「傷病手当金請求に係る体調報告書」を提出してください。</p> <p>① 初めての請求において、請求開始日(当該傷病が理由で3日間連続して休んだ最初の日)から3日間に会社休日が含まれる場合 例：待期期間：9月5日(土)、6日(日)、7日(月)のうち、9月5日(土)、6日(日)について、体調の詳細をご回答ください。</p> <p>② 請求期間の末日が会社休日、翌日から復職する場合 例：9月27日(日)まで休職し、9月28日(月)より復職する場合、9月27日(日)について体調の詳細をご回答ください。</p>	
	傷病名				
	発病または 負傷の原因	(いつ) 年 月 日(曜日) (どこで) 自宅・職場・通勤中 その他(何をしていた・どうした)			
振込金融機関	銀行 信用金庫 農協				
	(フリガナ)				
	口座名義人 (被保険者名義)				

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 認めた期間	年 月 日から 年 月 日まで	療養開始年月日	年 月 日	区 別 業務上・業務外	
			期間中の診療実日数	日	左記期間中 の入院期間	年 月 日から 年 月 日まで
	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。			
			令和 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 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	
支給額計算	( )				標準報酬月額 千円			
$\text{円} \times \frac{2}{3} \times \text{日間} = \text{円}$								
								

請求時には、傷病手当金請求書②(事業主証明用)を同時にご提出下さい。

(任意継続被保険者、資格喪失後の給付の場合は提出不要)