

健康保険 傷病手当金支給申請書 (第 回目)

被保険者が記入するところ (この欄の訂正は本人の印)	被保険者証の 記号・番号	記号		被保険者の氏名 生年月日と印	昭・平 年 月 日生 (才)	⑩	
	被保険者の住所 電話番号	〒 —					TEL — —
	事業所名称				仕事の	職 種	
						具体的な業務内容	
	発病または 負傷年月日	平成 年 月 日	発病または負傷 の原因を詳しく				
	傷 病 名	1.	2.	3.			
	療養のため 休んだ期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで			日間		
	老齢(厚生・基礎)年金・退職共済年金 障害年金または障害手当金を	受給している ・ 手 続 中 ・ 受けていない					
	年金を受給 しているとき	年金の種類	基礎年金番号	支給開始年月	年金額 (年額)		
			平成 年 月	円			

傷病手当金を受取る金融機関				
銀 行 信 金 信 組 農 協	店 支 店 出張所	預金種別	普通・当座	口座名義
		口座番号		フリガナ

受取代理人の欄	本請求に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。			
	平成 年 月 日	被保険者 (請求者) 氏名	代理人氏名	
	代理人の住所・電話番号			被保険者との関係
〒 —			TEL — —	

《注意事項》

1. この請求書の裏面に事業主の証明（退職後の期間については事業主の証明は不要）と医師の意見を記入してもらってください。
2. 発病または負傷の原因が外傷であるときは、負傷年月日・場所・原因・負傷状況等を詳しく記入した「負傷届」を提出ください。第三者の行為によって負傷した場合は、「第三者行為による負傷届」を提出してください。
3. 老齢(厚生・基礎)年金・退職共済年金・障害年金または障害手当金等の公的な年金を受給されている方は、年金額や支給開始年月等の確認できる年金証書や改定通知のコピー等を添付してください。
4. 傷病手当金の受取りを第三者に委任するときは、受取代理人の欄にも記入捺印が必要になります。

事業主が証明するところ（この欄の訂正は事業主の印）	労務に服さなかった期間		年 月 日 から 年 月 日 まで		日間			
	出勤は○印、有給は△、公休は公、欠勤は／でそれぞれ表示してください						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					計	日
	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	日
	上記の期間中報酬を全額		年 月 日 から 年 月 日 まで		日間	円支払		
	または一部支給した場合		年 月 日 から 年 月 日 まで		日間	円支払		
	賃金計算	締日	日	支払日	当月 翌月	給与の種類 月給・日給・日給月給・時間給・歩合給・その他		
上記のとおり相違ないことを証明します。 平成 年 月 日 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 ① 電話番号 — —								

療養を担当した医師が意見を記入するところ（この欄の訂正は医師の印）	傷病名	1.	療養の給付を開始した 年 月 日	1.	年 月 日	
		2.		2.	年 月 日	
		3.		3.	年 月 日	
	発病または負傷年月日	平成 年 月 日		発病または負傷の原因		
	労務不能と認められた期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで		日間		
	上記期間中	診療実日数	日間	投薬日数	日分処方	
		入院した場合はその期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで		日間	
<ul style="list-style-type: none"> ・労務不能期間中における「主たる症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等を詳しく ・症状経過からみて従来の職種について労務不能と認められた医学的な所見 						
上記のとおり相違ありません。 平成 年 月 日 医療機関所在地 医療機関の名称 医師の氏名 ① 電話番号 — —						

※ 証明または意見の文字を訂正した場合は、訂正箇所印を押してください。