



※ 支給 決議 書	同年月日	平成	年	月	日	常務理事	事務長	会 計	扱 者	被扶養者 台帳照合印							
	支払年月日	平成	年	月	日												
	支 払 額		拾万:	万:	千:	百:	拾:	円									
支給決定の額	法定	2/3	数	項	目	日 額	日数	拾万:	万:	千:	百:	拾:	円	資 格 喪 失	年 月 日	前 始	年 月 日
	附加					円								入 院 期 間	年 月 日	回 終	年 月 日
支給期間	法定	平成	年	月	日	～	平成	年	月	日	日 間	備 考	決定標準報酬				
	附加	平成	年	月	日	～	平成	年	月	日	日 間		法第46条 該 当 ・ 不該 当				

傷 病 手 当 金 請 求 書

傷 病 手 当 附 加 金

健康保険

① (第 回目)

◎ 記入の方法は裏面に書いてありますからよく読んでください。
◎ 「※」印欄は記入しないでください。

被 保 険 者 が 記 入 す る こ ろ	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 代 理 人		⑧ 受 付 年 月 日				
	①	②	③	④	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
	⑨ 被 保 険 者 (請求者) の氏名と印				⑩ 事業所 の名称				⑪ 業 務 の 種 別												
	⑩ 被 保 険 者 (請求者) の 住 所				⑪ 郵便番号				⑫ 住 所 コード				(電話番号)								
	⑬ 傷 病 コード				⑭ カ ナ				⑮ 傷 病 コード				⑯ カ ナ								
	⑰ 発病の状態又は負傷の原因を詳しく				⑱ 疾病又は負傷の療養をするため休んだ期間 (支給期間)				⑲ 第三者行為によるものですか				0 : いいえ 1 : はい								
	⑳ うえの⑱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				㉑ 受けた・受けない / 受けられる・受けられない				㉒ 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				平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 円								
	㉓ 入院した期間があるとき				㉔ 病院の名称				㉕ 病院の所在地				㉖ 健康保険又は自費で入院しましたか								
	㉗ 被扶養者がいるときは、その者の				㉘ 氏 名				㉙ 生 年 月 日				㉚ 被保険者との続柄								
	㉛ 支給回数				㉜ 支給算出額(手)				㉝ 支給開始日				㉞ 調整減額コード		㉟ 調査先コード		㊱ 海外表示		㊲ 特別支給コード		

平成 年 月 日 提出

事業所 担当者印

領 金	円也領収いたしました。
収 書	平成 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	(ア) 労務に服さなかった期間		年 月 日から		年 月 日まで		日間			
	(イ) 出勤は○で、有給は△で、公休は◇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 日 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								
	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								
	(カ) うえの期中、額又は全部支給する場合は	①	(自) 年 月 日	(至) 年 月 日	日間	円	月 日額	日支払円		
		②	(自) 年 月 日	(至) 年 月 日	日間	円	月 日額	日支払円		
		③	(自) 年 月 日	(至) 年 月 日	日間	円	月 日額	日支払円		
		④	(自) 年 月 日	(至) 年 月 日	日間	円	月 日額	日支払円		
	(ニ) 現在までも又は将来も支給しない場合はその旨									
(ク) うえのとおり相違ないことを証明します。 住所 〒 平成 年 月 日 事業主 氏名 ⑤ 電話(局) 番										

療養を担当した医師が意見を書くところ	(キ) 傷 病 名							
	(ク) 発 病 又 は 傷 病 の 年 月 日	年		月		日		
	(ケ) 療 養 の 給 付 を 開 始 し た 年 月 日	年		月		日		
	(コ) 発 病 又 は 負 傷 の 原 因							
	(カ) 労 務 不 能 と 認 め た 期 間	平成 年 月 日から	平成 年 月 日まで	日間	左 の 期 間 中 の 実 日 数	日間		
	(キ) 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		平成 年 月 日		
		人工臓器等の種類		ア、人工肛門カ、人工透析イ、人工膀胱ウ、人工関節エ、人工骨頭オ、心臓ペースメーカーキ、その他()				
	(カ) うえの期間中に入院した期間がある場合はその期間	平成 年 月 日から	平成 年 月 日まで	日間	(ケ) 入院の費用の例	健保・公費 自費・その他		
(ク) うえのとおり相違ありません。 住所(所在地) 〒 平成 年 月 日 医師 医療機関名 氏 名 ⑥ (局) 番								

※	(カ) 減 額 期 間	期間	自	年 月 日	至	年 月 日	日 数	金 額	円
	(キ) 全 部 不 支 給	期間	自	年 月 日	至	年 月 日	日 数		
	(ク) 不 支 給 (法 定 外)	期間	自	年 月 日	至	年 月 日	日 数		

支払金融機関の欄	(カ) 支払区分	※ 1. 振込 2. 銀行送金 3. 郵便局送金 4. 当地払	(キ) 預金種別	① 普通 ② 当座 ③ 通知 ④ 別段	(ク) 銀行 金庫 農協	本店 支店
	(キ) 金融機関コード	※			口座名義	
	(ク) 口座番号					郵便局

受取代理人の欄	(カ) 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。平成 年 月 日						
	被保険者住所(請求者)氏名 ⑦						
	(キ) 代理人の氏名と印	(フリガナ)	(ケ) 委任者と代理人との関係				
	(ク) 代理人の住所	(1) 郵便番号	(フリガナ)	(2) 住所コード ※			