



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 決議 書	法定	2/3	数	項	目	日	額	日	数	拾万:	万:	千:	百:	拾:	円	資 格	得	年	月	日	前	始	年	月	日	
	附加															喪	年	月	日	回	終	年	月	日		
																入院 期間		年	月	日	から	年	月	日	まで	日間
																法第46条		該	当	・	不	該	当			
	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															

傷病手当金請求書

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。

被保険者証の記号・番号	④ 生年月日	⑤ 支給額計算	⑥ 給付記録番号	⑦ 受代理人	⑧ 受付年月日
① 00000000	1: 明大 5: 昭平 00401	※ 1. 2. 3. 4.	※	※ 0: 無有 1: 有	※ 年 月 日
⑨ 被保険者(請求者)の氏名と印	ケボ タロウ	ケボ 太郎	事業所の名称	〇〇〇〇株式会社	業務の種別
⑩ 被保険者(請求者)の住所	〒00000000	〇〇県〇〇市〇〇町1-1	〇〇〇〇株式会社	事務	
⑫ 傷病コード	⑬ カナ	⑭ 傷病名	骨折	発病又は負傷年月日	〇〇〇〇〇〇
⑮ 傷病コード	⑯ カナ			⑰	
(ア) 障害(厚生)年金、手当金受給の有無	有・ <u>無</u> ・請求中	年 月 日から受給	(イ) 年金証書の記号番号		
(カ) 受給病名		(キ) 障害(厚生)年金、手当金の額			
(ク) 老人保健医療受給者証の市町村番号		(ケ) 受給者番号		(コ) 発行機関名	
(コ) 発病の状態又は負傷の原因を詳しく	休日、自治体のソフトボール大会に参加した際に、転倒し、右手を骨折した。				
(カ) 疾病又は負傷の療養をするため休んだ期間(支給期間)	自 〇〇年〇〇月〇〇日	至 〇〇年〇〇月〇〇日	⑱ 第三者行為によるものですか	〇: いいえ 1: はい	
(イ) 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	受けた・ <u>受けない</u>	(ロ) 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
入院した期間があるとき	(ハ) 病院の名称	〇〇〇〇病院	(ニ) 病院の所在地	〇〇県〇〇市〇〇町2	
⑳ 健康保険又は自費で入院しましたか	1. 健保 2. 公費 3. 目費 4. その他	(ヒ) 入院期間	自 〇〇年〇〇月〇〇日	至 〇〇年〇〇月〇〇日	報酬月額 日 額 (〇〇〇千円)(〇万円)
被扶養者がいるときは、その者の	(ヘ) 氏 名	健保 愛子	(ホ) 生年月日	〇〇年5月1日	(ト) 被保険者との続柄
					妻
※	(22) 支給回数	(23) 支給算出額(手)	支給開始日	1 (24) 年 月 日	2 (25) 年 月 日
				(26) 調整減額コード	(27) 調査先コード
				(28) 海外表示	(29) 特別支給コード
				0: 国内 1: 海外	

平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日 提出

事業所 担当者印

領 収 書	金	円也領収いたしました。 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	③	(イ) 年 月 日	(ロ) 年 月 日	日間	円	月 日額	日支払円		
			(イ) 年 月 日	(ロ) 年 月 日	日間	円	月 日額	日支払円		
			(イ) 年 月 日	(ロ) 年 月 日	日間	円	月 日額	日支払円		
			(イ) 年 月 日	(ロ) 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 ④ 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、人工透析キ、その他(イ、人工膀胱ウ、人工関節エ、人工骨頭オ、心臓ペースメーカ)					
	(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	(ク) 入院の費用の例	健保・公費 自費・その他		
(キ) 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 ④ (局) 番			

※	(34) 減 額 期 間	期間	自 年 月 日 至 年 月 日	日 数	金 額
	(35) 全 部 不 支 給	期間	自 年 月 日 至 年 月 日	日 数	円
	(36) 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	(37) 支払区分	※ 1. 振込 2. 銀行送金 3. 郵便局送金 4. 当地払	(38) 預金種別	1. 普通 2. 当座 3. 通知 4. 別段	(39) 口座番号	銀行 金庫 農協 本店 支店 口座名義 郵便局
	(37) 金融機関コード					
	(39) 口座番号					

受取代理人の欄	(4) 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 ④					
	(40) 代理人の氏名と印	(フリガナ)	(イ) 委任者と代理人との関係			
	(41) 代理人の住所	(42) 郵便番号	(フリガナ)			