

傷病手当金請求書
(第 回目)

常務理事	事務長	係

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	①被保険者証の 記号・番号	②被保険者の 業務の種類		
	③事業所の名称 及び所在地	名称	所在地	
	④資格取得年月日	年 月 日		
	⑤発病又は負傷の 年月日	年 月 日	⑥ 傷 病 名	
	⑦発病又は負傷の 原因			
	⑧労務に服することが できなかった期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間	
	⑨障害年金、障害 手当金を受けてい るとき、又は受け ることができる とき	⑦ 年金の種類	障害年金・ 障害手当金	⑧ 年金額
		⑧年金を受け ることとな った年月日	年 月 日	⑨ 障害年金を受けて いる場合は障害年 金証書の記号番号
	⑩振込希望の銀行	銀行 支店 (普通 当座)		
	⑪上記のとおり請求します。 健康保険組合理事長 殿			
	住所			
被保険者の 氏名				
電話				

事 業 主 が 証 明 す る と こ ろ	⑫労務に服さな かった期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間
	⑬上記の期間中の分 として支払う報酬関 係	該当する項目の□へチェックを入れる。 □⑦全額支給した、又は支給する □⑧一部支給した、又は支給する □⑨現在までも又、将来も支給しない □⑩支給内容の内訳を別紙添付	
	⑭上記のとおり相違ないことを証明します。 事業主 住所 氏名		

療 養 を 担 当 し た 医 師 の 証 明 欄	⑮傷病名	(1) (2) (3)	⑯療養の給付 開始年月日 (初診日)	年 月 日 年 月 日 年 月 日	
	⑰発病又は 負傷年月日	年 月 日	⑱発病又は負傷 の原因		
	⑲ 労務不能と 認められた期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間	⑳診療実日数 日間	
	診療日を○で 囲んでくださ い。	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		
		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		
		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		
	⑳療養費用の別	健保	自費	公費 ()	その他
	㉑転 帰	治癒	繰越	中止	転医
	㉒ ⑲の期間中における「主たる症状および経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等（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				
	㉓ 上記のとおり相違ありません。 年 月 日 医 師 住所 氏名 電話				

委 任 状	㉔本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 年 月 日			
	被保険者の	住所	氏名	押印省略不可 印
	代理人の	住所	氏名	印
㉕ 振込希望の銀行 銀行 支店 (普通 当座)				

領 収 書	㉖ 金 円也但し 年 月 日 うえの金額を領収いたしました。 健康保険組合理事長 殿 受領者 住所 氏名 印			
-------------	--	--	--	--