

## 傷病手当金・傷病手当金付加金請求書（第 回）

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者証	記号	分室	氏名No.						
		番号	所属							
	発病・負傷の日	平成	年	月	日	傷病名				
	発病または 負傷の原因									
	負傷の原因は第三者行為によるものですか	は い ・ いいえ								
	業務上の傷病によるものですか	は い ・ いいえ								
	通勤途上の傷病によるものですか	は い ・ いいえ								
	傷病・負傷の療養を するため休んだ期間	平成	年	月	日から	平成	年	月	日まで	日間
	上記の期間において報酬の全部又は一部を受けた時 又受け得る時はその報酬の額及び期間	受けていません ・ 受けました								
		平成	年	月	日から	平成	年	月	日までの分として	円
	障害厚生年金又は障害手当金 を受給していますか (受給している場合は、証明 するものの写しを添付)	は い ・ いいえ								
		平成	年	月	日から	平成	年	月	日までの分として	円
	老齢又は退職を事由とする 公的年金を受給していますか (受給している場合は、証明 するものの写しを添付)	は い ・ いいえ								
		平成	年	月	日から	平成	年	月	日までの分として	円
	入院した期間があるとき	平成	年	月	日から	平成	年	月	日まで	日間
入院した病院の名称				病院の所在地						
上記により「傷病手当金及び付加金」を請求いたします。 平成 年 月 日 被保険者 住所 _____ 氏 名 (戸籍名) _____ (印)										
受 取 委 任 の 欄	本請求に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。 (任意継続被保険者の方は当欄への記入は不要です) 平成 年 月 日 被保険者氏名 (戸籍名) _____ (印)									

医 師 の 証 明	傷病名				傷病の原因							
	発病・負傷 の年月日	平成	年	月	日	療養の給付を 開始した年月日	平成	年	月	日		
	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 診療実日数	日間
	傷病の主症状 及び経過概要											
	上記のとおり相違ないことを証明します。 平成 年 月 日 住 所 (所在地) _____ 医療機関名 _____ (印) 氏 名 _____											

労務に服さなかった期間  
 平成 年 月 日から  
 平成 年 月 日まで 日間

下記の欄は労務に服さなかった期間の勤怠をご記入ください。  
 出勤は○、年休は△、休日（会社が休みの日）は休、欠勤・休職等は×で表示してください。

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
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

事業主の証明

上記期間中に報酬を支給したとき  
 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日まで 日間

内 訳	日額	月 日 日分	月 日 日分	月 日 日分
	円	月 日 日分	月 日 日分	月 日 日分
基準給与	円	円	円	円
通勤費	円	円	円	円
食事手当( 月分)	円	円	円	円
健康観察出勤手当	円	円	円	円
	円	円	円	円
	円	円	円	円
計	円	円	円	円

上記のとおり相違ないことを証明します。

平成 年 月 日

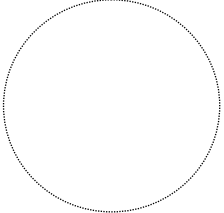
事業主住所

名称

氏名



健保組合受付



注意事項・添付書類等  
 ・傷病手当金は支給開始から1年6ヶ月を限度として1日につき標準報酬  
日額の3分の2 ・傷病手当金付加金2割が支給されます。  
 ・鉛筆書、記入・捺印漏れは受け付けられません。