

記入例

【送付先】道修町ビル オアキ総合サービス 傷病手当金申請窓口

塩野義健康保険組合理事長 殿

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 * 番号 *****	分室 *****	氏名No. *****	
	発病・負傷の日	平成 **年 **月 **日	傷病名	(医師の診断による病名を記入してください)	
	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か	はい	いいえ	該当の箇所には○印をつけてください	
	業務上の傷病によるものか	はい	いいえ		
	通勤途上の傷病によるものか	はい	いいえ	暦日を記入してください	
	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	
	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	年金番号 :	
	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) 健保 太郎 (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) 健保 太郎 (印)			記入・捺印をしてください	

医 師 の 証 明	傷病名	傷病の原因			
	発病・負傷の年月日	療養の給付を開始した年月日	平成 年 月 日		
	労務不能と認められた期間	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	医師の証明を受けてください			
	上記のとおり相違ないことを証明します。 平成	医師の証明日より未来日の申請は受け付けできません。 たとえば、4/1~4/30迄の申請は、4/30以降に医師に証明を受けてからご提出ください。			
医療機関名 氏名		(印)			

裏面は、事業主が証明しますので記入不要です

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

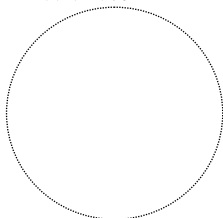
事業主 住所

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。