

			理事長		常務理事		事務長		担当	
支給決定額			標準報酬月額		円					
法定給付	$\times \frac{2}{3} \times$		円	資格	取年 月 日					
日額	日			喪	年 月 日					
附加給付	$\times (75\% - \frac{2}{3}) \times$		円	支給期間	自 年 月 日					
日額	日			至	年 月 日					
減額又は不支給額			円	前回支給期間	自 年 月 日					
				至	年 月 日					
合計			円							

健康保険 傷病手当金および附加金請求書〔第 回〕 記入日:令和 年 月 日

請求者 (被保険者)が記入するところ	① 被保険者等記号・番号		② 事業所		③ 被保険者の業務の種類			
	(記号)		(番号)					
	④ 被保険者氏名	フリガナ			男・女	⑤ 生年月日	昭和 年 月 日 (歳)	
	⑥ 被保険者住所	〒 -			電話番号	()		
	⑦ 傷病名							
	⑧ 発病又は負傷の年月日		⑨ 発病の原因					
	令和 年 月 日							
	⑩ ため病休気んだは期ケ間の	平成 令和 年 月 日から 日間	⑪ 左の期間中に給料を受けましたか					
	但し [] は出勤の為に除く	ア. 全部受けた	イ. 一部受けた					
	⑫ 年金の受給状況	障害年金(手当金)を受給していますか？	☐ はい → ☐ 請求中 → ☐ いいえ	傷病名をご記入ください。 (障害年金(手当金)を受給している方のみ)				
⑬ 給付金の受領方法	退職した方で、その後も継続して傷病手当金を申請する場合、老齢または退職を事由とする公的年金を受給していますか？	☐ はい → ☐ 請求中 → ☐ いいえ	【受給開始年月日】 年 月から 【年金額】 円					
	※厚生年金保険法による障害年金または障害手当金受給者は、第1回目の請求書には必ず「年金裁定通知書(写)」を添付してください。 ※退職後に傷病手当金の継続給付を受けている方が老齢厚生年金を受けている場合は、必ず「年金証書(写)」を添付してください。 ※上記のいずれの年金についても年金額が変更になったときは、必ず「改訂通知(写)」を添付してください。							
	(1) 本人が受領する場合 ○原則給与口座をご記入下さい。 ○任意継続加入の方もご記入下さい。 *事業主に確認して下さい。	銀行コード 本店 支店						
(2) 事業主へ委任する場合		事業主 委任します。						
*事業主に確認して下さい。		被保険者(請求者)氏名						

事業主が証明するところ	⑭ 労務に服さなかった期間	自 令和 年 月 日から (日間)	⑮ 左の期間中に給料を支給しましたか	
		至 令和 年 月 日まで	ア. 全部支給した	イ. 一部支給した
		但し [] は出勤の為に除く	ウ. 全部有給扱い	エ. 一部有給扱い
	⑯ 上記期間中に報酬の全部又は一部を支給した場合はその期間及び金額	⑰ 事業主の名称・所在地		
金額	円		令和 年 月 日	
期間	自 令和 年 月 日から (日間)	事業主 所在地		
	至 令和 年 月 日まで	氏名		

医師が意見をかくところ	傷病名				
	発病又は負傷の原因				
	診療を開始した年月日	平成 令和 年 月 日	発病又は負傷の年月日	平成 令和 年 月 日	
	労務不能と認めた期間	令和 年 月 日から 日間	左記の期間中の診療実日数	日間	
	上記期間の内入院した期間	令和 年 月 日から 日間	保険診療の有無	健康保険 ・ 自費 その他()	
	傷病の主症状及び経過の概要				
	人工透析を実施もしくは人工臓器を装着したとき	人工透析を実施又は人工臓器を装置した日 令和 年 月 日			
	ア. 人工透析 イ. 人工膀胱 ウ. 人工関節 エ. 人工骨頭 オ. 人工肛門 カ. 心臓ペースメーカー又は人工弁 キ. 人工喉頭 ケ. その他()				
上記のとおり相違ありません。					
令和 年 月 日 住所(所在地) 医療機関名 医師氏名					

受付印

記入方法については裏面を参照して下さい