

傷病手当金支給決定伺

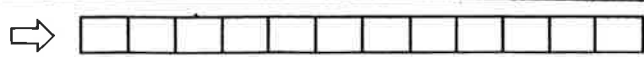
資格喪失	年 月 日	支給決定金額	十	万	千	百	十	円	常務理事	事務長	課長	係	
	年 月 日												
支給期間	年 月 日から	標準報酬月額							円	計算基礎			
	年 月 日まで		年 月 日から					日間					
前回までの支給期間	年 月 日から	法第108条該当金							円				
年 月 日まで	年 月 日まで												

健康保険傷病手当金請求書 (第 回)

被 保 険 者 が 記 入 す る こ ろ	① 被保険者証の記号番号		② 被保険者(請求者)の氏名と印									
	③ 被保険者(請求者)の住所	郵便番号	(フリガナ)	電話番号								
	④ 事業所の名称				⑤ 被保険者の生年月日	年 月 日						
	⑥ 傷病名	(1)				⑦ 発病又は負傷年月日(療養開始日)	(1)	年 月 日				
		(2)				(2)	年 月 日					
	⑧ 発病の状態又は負傷の原因を詳しく	(1)いつ	月	日	(曜日)	午前・午後	時	分	頃	⑨ 第三者の行為によるものですか		
		(2)どこで								いいえ・はい		
		(3)どんな用事で何をしてるとき										
	⑩ 療養のために休んだ期間(申請期間)	年 月 日から		年 月 日まで		日間		職種				
	⑪ 上記⑩の休業期間に報酬を受けましたか。または今後受けられますか。	受けた			受けない							
		今後受ける			今後受けない							
	⑫ 上記⑪で「受けた」(今後受ける)と答えた場合、その報酬支払の基礎となった(なる)期間を記入して下さい。	年 月 日から		年 月 日まで		円						
	⑬ 「障害厚生年金」または「障害手当金」を受給していますか。	はい		いいえ		請求中						
	⑭ 上記⑬で「はい」または「請求中」と答えた場合、受給の要因となった(なる)傷病名を記入して下さい。	傷病名										
	⑮ 上記⑬で「はい」または「請求中」と答えた場合、基礎年金番号年金コード、支給開始年月日、年金額を記入して下さい。 ※年金証書またはこれに準ずる書類の写しを添付して下さい。 (「請求中」の方は、基礎年金番号のみを記入して下さい。)	基礎年金番号		年金コード								
支給開始年月日		年金額										
	年 月 日		円									
⑯ 退職後に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		いいえ		請求中							
⑰ 上記⑯で「はい」または「請求中」と答えた場合、基礎年金番号年金コード、支給開始年月日、年金額を記入して下さい。 ※年金証書またはこれに準ずる書類の写しを添付して下さい。 (「請求中」の方は、基礎年金番号のみを記入して下さい。)	基礎年金番号		年金コード									
	支給開始年月日		年金額									
	年 月 日		円									
⑱ 労災保険から休業補償給付を受けている期間の申請ですか。	はい		いいえ		労災請求中							
⑲ 退職後の請求の場合、失業給付を受ける期間の申請ですか。	はい		いいえ		請求中							
⑳ 受取代理人は、給付金の受領を第三者に委任する場合に記入してください。	本請求に基づく給付金に関する権限を代理人に委任します。			年 月 日								
受取代理人の欄	被保険者住所(申請者)		氏名									
	代理人の氏名と印	(フリガナ)									印	
	代理人の住所	(〒)									電話	()
㉑ 振込希望口座	銀行	本店	種別	普通	口座番号		口座名義人氏名					
	信用金庫	支店										

◎受取代理人は、給付金の受領を第三者に委任する場合に記入してください。

被保険者のマイナンバー記載欄
(被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です)
マイナンバーを記入した場合は、必ず本人確認書類を添付してください。



被保険者氏名

① 業務に服さなかった期間 ② 年 月 日から 年 月 日まで 日間

③ 就 労 状 況 (欠勤……欠 出勤……出 有給……有 公休……公 早退……早 と該当日に表示)

	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	
④ 月																																
⑤ 月																																
⑥ 月																																

⑦ 1か月分の基本給・諸手当の額 (支給の有無に関係なく記入)

⑧ 基本給・諸手当の支給状況 (給料の締切単位に記入)

基本給 (1か月 円)	月 日 ~ 日 円	月 日 ~ 日 円	月 日 ~ 日 円
月給・日給・日給月給・時給・その他 ()			
住宅手当 無・有 (1か月 円)	円	円	円
通勤手当 無・有 (1か月 円)	円	円	円
家族手当 無・有 (1か月 円)	円	円	円
手当 (1か月 円)	円	円	円
手当 (1か月 円)	円	円	円
手当 (1か月 円)	円	円	円
合 計 (1か月 円)	円	円	円

⑨ 給料締切日 日 ⑩ 基本給、(具体的に記入) 諸手当の 計算方法

⑪ 給料支払日 日

⑫ 上記の通り相違ないことを証明します。

年 月 日 事業所の所在地 名称 事業主の氏名 電話番号 ()

療養を担当した医師が意見を記入するところ

⑬ 傷病名 (1) (2) (3)

⑭ 診療開始 (1) 年 月 日 (2) 年 月 日 (3) 年 月 日

⑮ 発病又は負傷の原因 (1) 年 月 日 (2) 年 月 日 (3) 年 月 日

⑯ 労務不能と認められた期間 年 月 日から 年 月 日まで 日間

⑰ ⑯の期間中の診療実日数 日

⑱ ⑯の期間中における入院期間 年 月 日から 年 月 日まで 日間

⑲ 療養費用の別 健保・公費・自費・その他

⑳ 傷病の主な症状及び経過 「治療内容、検査結果、療養指導」等(詳しく) (くわしく記入) (してください)

㉑ (1) 人工透析を開始した日 (2) 人工骨頭又は人工関節をそう入置換した日 (3) 人工肛門を造設した日 (4) 人工膀胱又は尿路変更術を施行した日 (5) 心臓ペースメーカー、人工弁を装着した日 年 月 日

㉒ 上記のとおり相違ありません。

年 月 日 所在地 医療機関名 医師氏名 電話番号 ()