

(健保記入欄)

支払年月日	令和 年 月 日	備考	常務理事	事務長	課長	係
支給額	円					
決定標準報酬月額						
支給開始	年 月 日					
自	年 月 日		資格喪失日	年		
至	年 月 日					

必ずA3用紙で印刷してください

傷病手当金請求書

請求書は1ヶ月単位で作成して下さい

何月日の傷病手当金請求かを記入します。限度は暦月で18ヶ月です。

平成29年1月6日 第 3 月目請求

被保険者証の記号番号	II 1234	被保険者の氏名と印	光学 一郎 (印)
被保険者の現住所	〒192-0077 東京都八王子市久保山町1234	生年月日	昭和・平成 55 年 10 月 1 日
TEL	03-1234-5678	業種の種別	精密機器製造業
発病・負傷の原因	左大腿骨骨折	療養開始日	平成・令和 1 年 6 月 1 日
発病・負傷の原因が業務上と思われる記載の場合、健康保険の対象外となります。		第三者行為によるものですか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
医師が労務不能と証明した期間と一致させて下さい	自宅二階より転落により骨折	療養期間 (請求期間)	平成 (令和) 1 年 7 月 1 日 至 平成 (令和) 1 年 7 月 31 日
療養の状況 (休んだ (請求) 期間における詳細な身体状況)	現在ギプスによる固定をおこない、4月中旬よりリハビリの予定尚、8月に再度金具摘出手術あり	通院回数	2 回
年金受給状況	年金の種類 障害年金 / 老齢厚生年金 / その他	受給金額	円/月
(退職者のみ) 失業給付の受給の有無	有・無・延長 (理由:)	請求期間分の報酬 (賃金) を受けましたか	<input checked="" type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けない

発病・負傷の原因が業務上と思われる記載の場合、健康保険の対象外となります。

左大腿骨骨折

医師が労務不能と証明した期間と一致させて下さい

自宅二階より転落により骨折

第三者による負傷の原因が職場での状況に起因する場合には健康保険の対象になりません。「はい」にチェックを入れる場合にはご注意ください

報酬の一部でも受けた場合は、『受けた』にチェックして下さい。また、それらの証明は事業主により右欄に記入されます。

注) 銀行振込となりますので、「振込を希望する銀行の欄」に記入してください。

銀行コード	100	銀行名	〇〇〇
店番号	100	支店名	北八王子支店
預金種目	<input checked="" type="checkbox"/> 普通	口座名義	カタカナ (必ず記入) コウカク ミツコ
		漢字	光学 光子

全て銀行に振り込みますので、必ず記入してください。

備考

被保険者証の記号番号に代えて個人番号により申請する場合 (被保険者証の記号番号を記入した場合は不要) には、備考欄に記載して下さい。個人番号を記載した場合は、下記内容に同意の上、「チェックボックス (□)」にチェックを入れてください。
□本申請書の提出について、事業主に委任いたします。(委任する場合)

傷病名	発病・負傷の年月日	平成・令和 年 月 日	診療を開始した年月日	平成・令和 年 月 日
発病・負傷の原因	発病・負傷の原因が業務上と思われる記載の場合、健康保険の対象外となります。			
労務不能と認められた期間	平成・令和 年 月 日	日間	左の期間中の診療実日数	日間
労務不能である状況がどのようなものであるか傷病の主状態及び経過概要、今後の見通しについて具体的に詳しく	この期間の身体状態	1ヶ月単位で記入して貰ってください。		
	前月の症状との比較			
	今月の治療状況			
	今後の見通し			
入院期間	平成・令和 年 月 日	～	平成・令和 年 月 日	日間
医師	氏名	住所	医療機関	年 月 日
	氏名	印	TEL	- -

発病・負傷の原因が業務上と思われる記載の場合、健康保険の対象外となります。

1ヶ月単位で記入して貰ってください。

「医師」から意見を書いていただき、署名・捺印を貰ってください。※初回だけは医師の診断書(コピー)が別途必要ですので添付してください。

労務に服さなかった期間	平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで	日間	
出勤状況	出勤日は「○」、有給休暇は「△」、公休は「公」、欠勤日は「/」でそれぞれ表示して下さい。		
賃金支給	支給なし期間	平成・令和 年 月 日 ～ 平成・令和 年 月 日 (日間)	
	支給しない理由 (規定等)		
	従業員区分		
	賃金の支給形態	月給 / 日給 (日給月給を含む) / 時給 () 円	
全額又は一部を支給した場合	賃金の種別	賃金の計算期間	月 日～ 月 日
	月給 (基本給)	正常勤務時の報酬	円
	日給 (日給月給) / 時給		円
	通勤手当		円
	食事手当		円
	住宅手当		円
	復職支援手当		円
	手当		円
	手当		円
	欠勤減額		円
総支給額		円	
上記記載担当者 (事業所社保担当者氏名)		内線	
上記のとおり相違ないことを証明します。	令和 年 月 日		
所在地			
名称			
代表者氏名			
	所属先の総務の担当に提出すると事業主名で証明してくれます	印	
		※ 受付印	

注) 各欄とも記入した内容を訂正するときは 訂正印ではっきり訂正してください。