

支給決定伺

常務理事	事務長	係



健康保険傷病手当金請求書 (第 回)

①被保険者証の 記号番号	記号	②被保険者の氏名と印		㊟
	番号	③生年月日	昭和・平成 年 月 日	
④被保険者の 現住所	〒		⑤被保険者の資格を取得した日	
	電話 () 番		昭・平・令 年 月 日	
⑥被保険者の 勤務する事業所	株式会社 店・部		⑦被保険者の標準報酬月額	
	電話 () 番		※健保記入欄 千円	
⑧傷病名	⑨被保険者の業務の種別			
	⑩発病又は負傷の年月日		平・令 年 月 日	
⑪発病又は負傷の 原因を詳しく			⑫第3者の行為によるものですか	
			いいえ ・ はい	
⑬疾病又は負傷の療養をする ため、休んだ期間(支給期間)	令和 年 月 日 から		日間	
	令和 年 月 日 まで			
㊿	㊿うえの⑬に書いた期間の分の報酬(賃金)を 受けましたか、または受けられますか。		受けた ・ 受けない ・ 受けられる ・ 受けられない	
	㊿報酬支払いを受けたとき、または受けられる ときは、その報酬の額とその報酬額支払い の基礎になった(なる)期間		令和 年 月 日 から令和 年 月 日 までの分として	円
			令和 年 月 日 から令和 年 月 日 までの分として	円
⑮障害厚生年金又は障害手当金を受給していますか	㊿基礎年金番号		左の受給の原因となった傷病名	
	いいえ・請求中・はい			
⑯老人保健法の医療を 受けたとき	市町村番号	受給者番号	発行機関名	
⑰介護保険法のサービスを 受けたとき	保険者番号	被保険者番号	保険者名称	
任意継続被保険者・ 資格喪失者 の方	⑰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		年金コード又は番号	年金額
	いいえ・請求中・はい			円
⑱ 支払指定金融機関 (郵便局は不可)	銀行名		支店名	
	預金種別(どちらかに○) 普通 当座	口座番号	口座名義人(フリガナ)	

※別記載記入上の注意をよくお読みください。

事業主が証明する欄	⑲労務に服さなかった期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	
	㊿うえの期間中の分として支払う報酬関係	㊿全額支給した場合 または支給する場合	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで 円(日額 円)
		㊿一部支給した場合 または支給する場合	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで 円(日額 円)
	㊿現在までにもまた将来も 支給しない場合はその旨		
うえのとおり相違ないことを証明します。			
令和 年 月 日			
住所 〒			
事業主 氏名 ㊟			
電話 () 番			

療養を担当した医師が意見を書くところ	㊿傷病名			
	㊿発病又は負傷の原因			
	㊿発病又は負傷の年月日	平・令 年 月 日	㊿療養の給付を開始した年月日	平・令 年 月 日
	㊿労務不能と認められた期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間	㊿左の期間中の診療実日数	日間
	㊿傷病の主状態及び経過概要(詳しく)			
	㊿うえの期間中に入院した期間がある場合はその期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間	㊿入院の費用の別	健保・公費 自費・その他
	うえのとおり相違ありません。			
令和 年 月 日				
住所(所在地) 〒				
医師 医療機関名 ㊟				
氏名				
電話 () 番				

健保使用欄	全額支給期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間
	減額期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間 円減額
		令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間 円減額
不支給期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間	
	理由	

