

受付年月日	年 月 日	決 裁				
同 年 月 日	年 月 日				台帳照合印	
決 裁 年 月 日	年 月 日					
支給 内訳 支給 支払 決議 書	支給額	円	資格取得	年 月 日		
	支給内訳	傷病手当金	円	資格喪失	年 月 日	
		傷病手当附加金	円	標準報酬月額	千円(第 級)	
	支給開始	年 月 日		障害年金・日額障害手当金額	円(日額 円)	
	支給期間	自 年 月 日	日間	老齢(退職)年金額	円(日額 円)	
	至 年 月 日	日間	全部・一部 不支給	期 間	年 月 日から 日間 年 月 日まで 円	
	前回	始	年 月 日	理 由		
	終	年 月 日	備 考			

傷病手当金・傷病手当附加金請求書 (第 回目)

被 保 険 者 が 記 入 す と こ ろ	被保険者証の記号・番号		被保険者の業務の種類		
	事業所の名称及び所在地		所在地		
	資格を取得した年月日		標準報酬月額		000円
	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	
	介護保険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	
	発病又は負傷の年月日		傷病名		
	発病又は負傷の原因		第三者行為によるものですか いいえ・はい		
	労務に服することができなかった期間		年 月 日から	日間	
	上記期間の報酬の全部又は一部を受けたとき、又は受けることができるときは、その報酬額及び期間		年 月 日から	日間 円 円	
	障害年金、障害手当金を受けているとき、又は受けることができるとき		ア年金の種類別	障害年金・障害手当金	イ年金額
		エ年金を受けた年月日	年 月 日	オ障害年金を受けている場合は基礎年金番号・年金コード	
任意継続被保険者の方		ア 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			はい・請求中・いいえ
		イ 老 年 金 の 名 称	ウ 基 礎 年 金 番 号 及 び 年 金 番 号 若 しくは 番 号	エ 受 給 年 月 日	オ 年 金 額
				年 月 日	円
				年 月 日	円
				年 月 日	円
		カ 年 金 の 合 計 額			円
振込希望の金融機関名		金庫銀行・郵便局		支店(普通 No. 当座)	
上記のとおり請求します。					年 月 日
被保険者の住所					印
氏名					健康保険組合理事長 殿

事業主が証明するところ	⑱ 労務に服さなかった期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間	
	⑲ 上記の期間中の分として支払う報酬関係	⑦ 全額支給した場合、又は支給する場合	年 月 日から 年 月 日まで	金 円 (日額金 円) (月 日支払)
	① 一部支給した場合、又は支給する場合	年 月 日から 年 月 日まで	金 円 (日額金 円) (月 日支払)	
	② 現在までも、又は、将来も支給しない場合は、その旨			
	⑳ 上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 住所 事業主 氏名 電話 局 () 番			

療養を担当した医師が意見を書くところ	㉑ 傷病名	㉒ 発病又は負傷の原因		
	㉓ 発病又は負傷の年月日	年 月 日	㉔ 療養の給付を開始した年月日 年 月 日	
	㉕ 労務不能と認められた期間	年 月 日から 年 月 日まで	㉖ 診療実日数 日間	
	㉗ 傷病の主症状および経過概要	㉘ 上記の期間中に入院をした期間がある場合はその期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間
		入院の費用の別	健自 保費 公費 其他	
	㉙ 上記のとおり相違ありません。 年 月 日 住所(所在地) 医師 医療機関名 氏名 電話 局 () 番			

委任状	⑳ 私 は 年 月 日 金 円 年 月 日	を代理人と定め、次の権限を委任する。 日請求した傷病手当金・傷病手当附加金のうち 円也の受領に関すること。
	住所 被保険者の (請求者) 氏名 住所 代理人の 氏名	⑳ ㉑
⑳ 振込希望の金融機関名	金庫 銀行・郵便局 組合	支店 (普通 当座 No.)

領収書	⑳ 金 円也 但し うえの金額を領収いたしました。 健康保険組合理事長 殿 住所 受領者 氏名	年 月 日 ㉑
-----	---	------------

記入方法については裏面の記載事項を御覧の上御記入下さい。