支給回数	回目	対象期間	自 年 月 日 至 年 月 日	入院期間	自 年 月 日 至 年 月 日	通算支給期間	自 年 月 日 至 年 月 日
標準報酬	千円						
給付日額	円						
資格 取得	年 月 日						
資格 喪失	年 月	日			日間		日間
支給内訳	自 年 月 日 至 年 月 日 日間	100	円	全部 一部 不支給	自 年 月 日 至 年 月 日 日間 日額 円・計 円	全部 一部 不支給	自 年 月 日 至 年 月 日 日間 日額 円・計 円
	自 年 月 日 至 年 月 日 日間	100	円				
			円	全部 一部 不支給	自 年 月 日 至 年 月 日 日間 日額 円・計 円	全部 一部 不支給	自 年 月 日 至 年 月 日 日間 日額 円・計 円
			円				
	計		円	備考			

健康保険　傷病手当金請求書（第　回目）

（注）記入については裏面の注意事項をよく読んでください。

被保険者が記入するところ

①被保険者証の記号と番号	記号	番号	②被保険者(請求者)の氏名と印　印
			生年月日　T・S・H　年　月　日
③被保険者(請求書)の現住所	〒　電話　(　)		
④事業所の名称		⑤被保険者の標準報酬月額	千円
⑥被保険者の資格取得年月日	平成　年　月　日	⑦被保険者の業務の種別	(職　種) (業務内容)
⑧発病または負傷の年月日	平成　年　月　日	⑨傷病名	
⑩発病または負傷の原因(詳しく)		⑪第三者の行為又は業務上によるものですか	1．いいえ 2．はい
⑫傷病または負傷の療養をするため休んだ期間	平成　年　月　日から 平成　年　月　日まで　日間	⑬左記期間中に入院したときはその期間	平成　年　月　日から 平成　年　月　日まで　日間
⑭うえの⑫の期間中の自宅療養内容、体調・症状など(詳しく)			
⑮うえの⑫の期間中、報酬を受けましたか	1．受けていない 2．受けられる 3．受けた ⇒ 平成　年　月　日から 平成　年　月　日まで	の分として	円
⑯障害年金・障害手当金受給の有無について	1．受給無し 2．請求中 3．受給有り ⇒ 平成　年　月から受給　金額　円 受給の原因となった傷病名（　）		
退職者のみ記入 ⑰老齢・退職等年金受給の有無について	1．受給無し 2．請求中 3．受給有り ⇒ 平成　年　月から受給　金額　円		
⑱雇用保険の基本手当を受けていますか	1．受けていない	2．延長手続中	3．受けている
⑲傷病手当金振込先銀行口座	銀行　支店	当・普　No. 口座名義（カナ）	

委任状欄

私は事業主である下記のものを代理人と定め、平成　年　月　日に請求した傷病手当金の受領方を委任します。

平成　年　月　日

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名　印

被保険者(請求者)氏名　印

※委任状欄の被保険者（請求者）氏名印は②欄と同じ印を押してください。

年　月　日提出

受付日付印

2006. 4. 3000

東京都家具健康保険組合

第１回目の請求には休んだ期間にかかる賃金台帳とタイムカード(出勤簿)のコピーを添付して下さい。

（注）記入については裏面の注意事項をよく読んでください。

事業主が証明するところ

Ⓐ労務に服さなかった期間	平成　年　月　日から 平成　年　月　日まで　日間	Ⓑ被保険者の業務の種別	(職　種) (業務内容)
Ⓒうえの Ⓐ の期間中に支払う報酬関係 Ⓓ被保険者の給与形態	月給・日給・日給月給・その他	Ⓔ給与の計算期間・支払日	日から　日まで 当月・翌月　日支払
通勤手当	金銭・定期券・なし 1ヶ月・3ヶ月・6ヶ月・その他		

Ⓕ全部又は一部支給した場合、又は支給する場合、支給期間、内容、金額などを詳しく

支給期間及び日数内訳	月 日～ 月 日 出勤 日 欠勤 日 有休 日 公休 日	月 日～ 月 日 出勤 日 欠勤 日 有休 日 公休 日	月 日～ 月 日 出勤 日 欠勤 日 有休 日 公休 日	備考
基本給	円	円	円	
手当	円	円	円	
手当	円	円	円	
計	円	円	円	

Ⓖ欠勤した時の控除方法、計算基礎及び控除金額	=　円		
Ⓗ欠勤にかかわらず月単位で支給する報酬及び金額	手当　円 手当　円	Ⓘ現在までにも、又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いたします。

平成　年　月　日　事業所所在地
事業所名称
電話　(　)　事業主氏名　印

Ⓚ事業主の証明、添付書類に関して事業所担当者・社会保険労務士などの連絡先

電話　(　)　氏名

療養を担当した医師が記入するところ

㋐傷病名		㋑発病又は負傷の原因	
㋒発病又は負傷の年月日	平成　年　月　日	㋓療養の給付を開始した年月日	平成　年　月　日
㋔労務不能と認めた期間	平成　年　月　日から 平成　年　月　日まで　日間	㋕左記期間中の診療実日数	日間
㋖上記期間中に入院した時はその期間	平成　年　月　日から 平成　年　月　日まで　日間	㋗入院の費用の別	健康保険・自費 公費・老健・その他
㋘傷病の主症状と経過概要 ※労務不能と認めた理由も必ず記入してください。(詳しく)			
㋙いつ頃から労務可能か	1．平成　年　月　日頃　2．今のところ不明		

㋚うえのとおり相違ありません。

平成　年　月　日　所在地
医療機関名
電話　(　)　医師氏名　印