

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			
標準報酬	千円					自 年 月 日 至 年 月 日	自 年 月 日 至 年 月 日	自 年 月 日 至 年 月 日	
給付日額	円	日間	日間	日間	日間	満了日	自 年 月 日	自 年 月 日	自 年 月 日
資格	取得 年 月 日 喪失 年 月 日						全部 一部 不支給	全部 一部 不支給	全部 一部 不支給
支給内訳	自 年 月 日 至 年 月 日	円	円	円	円	円	円	円	円
	自 年 月 日 至 年 月 日	円	円	円	円	円	円	円	円
	自 年 月 日 至 年 月 日	円	円	円	円	円	円	円	円
	計	円	円	円	円	円	円	円	円

健康保険 傷病手当金請求書 (第 回日)

① 被保険者証の記号と番号	記号	番号	② 被保険者の印 (請求者)と氏名	生年月日 T・S・H 年 月 日	④ 印
	③ 被保険者(請求書)の現住所	〒			
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ため休んだ期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで	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		
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 日から受給 金額	円	
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 日から受給 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)	

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)

年月日提出  
受付日付印

※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。

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。

事業主が証明するところ	① 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	② 被保険者の業務の種別 (職種) (業務内容)		
	③ 被保険者の給与形態	月給・日給・日給月給・その他	④ 給与の計算期間・支払日	日から	日まで
		通勤手当		金銭・定期券・なし 1ヶ月・3ヶ月・6ヶ月・その他	当月・翌月
	⑤ 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
基本給		円	円	円	円
手当		円	円	円	円
計		円	円	円	円
⑥ 欠勤した時の控除方法、計算基礎及び控除金額	= 円				
⑦ 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	⑧ 現在までも、又将来も支給しない場合は、その旨			
⑨ 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)				
⑩ 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				

(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。

療養を担当した医師が記入するところ	① 傷病名	② 発病又は負傷の原因			
	③ 発病又は負傷の年月日	平成 年 月 日	④ 療養の給付を開始した年月日	平成 年 月 日	
	⑤ 労務不能と認められた期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで	⑥ 左記期間中の診療実日数	日間	
	⑦ 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	⑧ 入院の費用の別	健康保険・自費 公費・老健・その他	
⑨ 傷病の主症状と経過概要	※労務不能と認められた理由も必ず記入してください。(詳しく)				
⑩ 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				
⑪ 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)				

(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。