


傷病手当金請求書

傷病手当付加金

保険証から転記してください

被 保 険 者 が 記 入 す る こ ろ	② 被保険者証の記号と番号	1 2 3 第 4 5 6 7 8 号	③ 被保険者の氏名と押印	新宿 一郎 
	⑤ 被保険者の現住所	〇〇県△△市××5-6-7 (郵便番号) 〇〇〇-〇〇〇〇 方		
	⑥ 事業所の名称	××××株式会社	⑦ 被保険者の標準報酬月額	-円
	⑧ 被保険者の資格を取得した年月日	平成 12 年 10 日	⑨ 被保険者の業務の種別	事務職
	⑩ 発病または負傷の年月日	昭和 平成 14 年 4 日	⑪ 傷病名	腰椎椎間板ヘルニア
	⑫ 発病の状態または負傷の原因を詳しく	自宅で部屋の模様替え中、家具を持ち上げ負傷。		
	⑬ 疾病または負傷の療養をするため休んだ期間	平成 14 年 4 月 8 日から 平成 14 年 5 月 12 日まで		35 日間
	⑭ A	うへの⑬に書いた期間の分の報酬を受けましたか、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
	B	報酬支払を受けたとき、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の基礎となった(なる)期間		平成 14 年 4 日 8 日から 平成 14 年 4 日 8 日まで の分として 184,200 円
	A	うへの⑬に書いた期間中に入院した期間がありますか		ある・ない
B 入院した期間があるときは	⑰ 病院名	△△市民病院	⑱ 病院の所在地	△△市〇〇1-2-3
	⑲ 入院した期間	平成 14 年 4 日 7 日から 平成 14 年 4 日 22 日まで 16 日間		
	⑳ 健康保険で入院しましたか 自費で入院しましたか	健保・強制収容 自費・その他	㉑ 被扶養者が おりますか	いる・いない
㉒ 被扶養者がおるときは、その者の	氏 名	生 年 月 日	被保険者との続柄	
		年 月 日生		

記入不要

(健康保険法施行規則第五十七条)

記入不要

事業主が証明するところ	⑯ 労務に服さなかつた期間	平成 14 年 4 月 8 日から 平成 14 年 5 月 12 日まで	35 日間
	⑰ うえの期間中の分として支払う報酬関係	⑰ 全額支給した場合、または支給する場合	平成 14 年 4 月 8 日から 日額 金 円 平成 14 年 4 月 30 日までの分として (5 月 25 日支払) 金 184,200 円
		⑱ 一部支給した場合または支給する場合	平成 年 月 日から 日額 金 円 平成 年 月 日までの分として (月 日支払) 金 円
		⑲ 現在までも、また将来も支給しない場合は、その旨	平成 14 年 5 月 1 日以降支給しない
うえのとおり相違ないことを証明します。平成 14 年 5 月 31 日			
事業主		⑳ 住所 東京都新宿区西新宿 2-3-2	之印 株式会社 社
		㉑ 氏名 XXXX株式会社 代表取締役社長 高橋次郎	
		電話 (局) 番	

事業主(会社)の証明欄
(任意継続被保険者・退職者は不要)

療養を担当した医師が意見をかくところ	㉑ 傷病名	腰椎椎間板ヘルニア	㉒ 傷病が結核性であるか否か	結核性・非結核性	
	㉓ 発病または負傷の原因	家具を持ち上げたため			
	㉔ 発病または負傷の年月日	平成 14 年 4 月 7 日	㉕ 療養の給付を開始した年月日	平成 14 年 4 月 7 日	
	㉖ 労務不能と認められた期間	平成 14 年 4 月 7 日から 平成 14 年 5 月 12 日まで	36 日間	㉗ 左の期間中の診療実日数	18 日間
	㉘ 傷病の主状態および経過概要	歩行困難であったため入院し安静加療。 その後、経過良好につき退院。現在通院治療中。			
	㉙ うえの㉖の期間中に入院した期間がある場合はその期間	平成 14 年 4 月 7 日から 平成 14 年 4 月 12 日まで	16 日間	㉚ 入院の費用の別	健保・自費・公費
うえのとおり相違ありません。平成 14 年 5 月 20 日					
医師		㉛ 住所 ○○県△△市○○1-2-3	山田		
		㉜ 氏名 △△市民病院 山田一男			
		電話 (45 局) 6789 番			

医師の証明欄
※必ず証明をもらってください

委任状	私は _____ 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。		銀行名 △△ 銀行 本店
	本人 住所 _____ 氏名 _____		信用金庫 XX 支店
	代理人 住所 _____ 氏名 _____		預金の種別 普通・当座
			預金の記号番号 9876543
		フリガナ _____	預金の名義人名 シンジュクイチロウ
			新宿一郎

被保険者以外の方が受け取る場合は、必ず本人・代理人双方の署名・捺印が必要です