

傷病手当金請求書 傷病手当付加金

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	② 被保険者証の記号と番号	第 号	③ 被保険者の氏名と押印	④ 印		
	⑤ 被保険者の現住所	(郵便番号) _____ 方 _____				
	⑥ 事業所の名称			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 年 月 日	⑨ 被保険者の業務の種別			
	⑩ 発病または負傷の年月日	昭和 平成 年 月 日	⑪ 傷病名			
	⑫ 発病の状態または負傷の原因を詳しく					
	⑬ 疾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			
	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 年 月 日から 平成 年 月 日まで	の分として 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		
	⑮ 入院した期間があるときは	㉗ 病院名			㉘ 病院の所在地	
		㉙ 入院した期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 日間			
		㉚ 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	㉛ 被扶養者が おりますか	いる・いない	
		㉜ 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		

(健康保険法施行規則第五十七条)

事業主が証明するところ	⑯ 労務に服さなかった期間	平成 平成	年 年	月 月	日から 日まで	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 平成	年 年	月 月	日から 日まで	日額 金 円 (月 日支払) 金 円
		⑱ 一部支給した場合または支給する場合	平成 平成	年 年	月 月	日から 日まで	日額 金 円 (月 日支払) 金 円
		⑲ 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。 平成 年 月 日							
⑳ 住 所 事業主 ㉑ 氏 名 ㉒ 電話 (局) 番							

療養を担当した医師が意見をかくところ	㉓ 傷 病 名					㉔ 傷病が結核性であるか否か	結核性・非結核性
	㉕ 発病または負傷の原因						
	㉖ 発病または負傷の年月日	平成 年 月 日	㉗ 療養の給付を開始した年月日	平成 年 月 日			
	㉘ 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	日間	㉙ 左の期間中の診療実日数	日間		
	㉚ 傷 病 の 主状態および経過概要						
	㉛ 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 年 月 日から 平成 年 月 日まで	日間	㉜ 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 年 月 日							
㉝ 住 所 医 師 ㉞ 氏 名 ㉟ 電話 (局) 番							

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 信用金庫 支 店
	本人 住所 氏名	㊦	預金の種別	普通・当座
	代理人 住所 氏名	㊦	預金の 記号番号	
			フリガナ 預金の 名義人名	