

健康保険

傷病手当金請求書

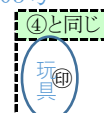
①(第 回目)

※別紙の注意事項をよく読んで記入して下さい。

健保口座を設けている事業所については必ず委任状欄にも署名捺印をお忘れなくご記入下さい。

被 保 者 記 入 す る 欄	② 被保険者証の 記号と番号	〇〇〇-〇〇〇〇	フリガナ ③ 被保険者の 氏名と印	ガンダロウ 玩具 太郎	④	玩具
	⑤ 被保険者 の現住所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町1-3-5 〇〇マンション503号 TEL 047 (〇〇〇) 7761				
	⑥ 事業所の名称	(株) 〇 〇 ド ー ル	⑦ 被保険者の 標準報酬月額	300千円		
	⑧ 被保険者の 資格を取得 した年月日	昭平令 〇〇年 4 月 1 日	⑨ 被保険者の 業務の種別	(例) 事務員、製図、外務など 営業		
	⑩ 傷病名	〇〇〇〇病	⑪ 発病または 負傷の年月日	平成 令和	〇〇年 7 月 21日	
	⑫ 発病の状態 又は負傷の 原因を詳しく					
	⑬ 傷病の療養の為 休んだ期間 (日・祭日を含む)	平・令 〇〇年 7 月 23 日から 28日間 平・令 〇〇年 8 月 20日 まで	⑭ 第三者行為 によるもの ですか	はい ・ いいえ		
	⑮ うえの⑬に書いた期間の部分の報酬を 受けましたか又受けられますか	受けた ・ 受けられる ・ 受けない ・ 受けられない				
	⑯ 上記⑬期間中に かわる報酬を事業 主から受けた(受け られる)時はその期 間と金額	平・令 〇〇年 7 月 21日 から 平・令 〇〇年 8 月 20日 までの分 12,500 円	平・令 年 月 日から 平・令 年 月 日までの分 円			
	⑰ (ア) 障害厚生年金又は障害手 当金を受給していますか	(イ) 基礎年金番号	(ウ) 障害厚生年金又は障害手当 金の受給の原因となった傷病名			
	いいえ ・ 請求中 ・ はい					
⑱ 資 格 継 続 喪 失 被 保 険 者	(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	いいえ ・ 請求中 ・ はい				
	年金の種類及び記号番号	年 金 額				
		円				
		円				
		円				
年金の合計額	円					

請 求 者 が 在 籍 し て い る 場 合	⑲ 委任状	わたくしは、傷病手当金の受領を事業所の保険給付金受領代理人に委任します。 令和 〇〇年 8 月 25 日
		住所 〇〇県〇〇市〇〇町1-3-5 〇〇マンション503号 被保険者の 氏名 玩具 太郎



被記入 被保険者欄	※② 被保険者証の 記号と番号	〇〇〇-〇〇〇〇	フリガナ	ガング タロウ	※④ 玩具太郎
			※③ 被保険者の 氏名と印	玩具太郎	

事業主の 証明	① 出勤簿関係 労務に服さ なかった日 (日・祭日を含む)	年月	1・2・3・4・5・6・7・8・9・10・11・12・13・14・15・16 17・18・19・20・21・22・23・24・25・26・27・28・29・30・31	(休んだ日数計 9 日) (うち有給休暇 3 日)				
		年月	1・2・3・4・5・6・7・8・9・10・11・12・13・14・15・16 17・18・19・20・21・22・23・24・25・26・27・28・29・30・31	(休んだ日数計 20 日) (うち有給休暇 日)				
	② 賃金台帳関係	③ 賃金形態	月給・日給・日給月給・時間給・歩合給・出来高給					
		〇〇年 7 分	給与支払期間：平・令 〇〇年 7 月 21 日から平・令 〇〇年 8 月 20 日 までの分					
	上記①の労務 に服さなかつ た 期間にかかる 報酬支払の有 無と支給内訳	年月分	給与支払期間：平・令 年 月 日から平・令 年 月 日 までの分					
		④ 区分	基本給	扶養手当	手当	欠勤控除 手当	交通費	計
		7 月分給料	275,000 円	##### 円	円	213,750 円	12,500 円	83,750 円
		月分給料						
		摘要	交通費1ヶ月分支給あり					
	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 〇〇 年 8 月 26 日 所在地 東京都〇〇区〇〇2-4-6 ⑤事業所の名称 株式会社 〇〇ドール 事業主氏名 代表取締役 花村 苺							

療養を担 当した医 師の意見 書	① 傷病名	〇〇〇〇病	② 発病年月日	平・令 〇〇 年 7 月 21 日	
			③ 健康保険の 療養給付開始日	平・令 〇〇 年 7 月 22 日	
	④ 発病又は 負傷の原因				
	⑤ 労務不能と 認められた期間	平・令 〇〇 年 7 月 23 日から 平・令 〇〇 年 8 月 20 日まで	28 日間	⑥ 診療 実日数	17 日
	⑦ 上記期間中 で入院した期間	平・令 〇〇 年 7 月 23 日から 平・令 〇〇 年 8 月 5 日まで	14 日間	⑧ 入院費 用の別	健保・自費・公費
	⑨ 傷病の主症状 及び経過概要	※詳しくご記入をお願いします。			
	上記のとおり相違ありません。 令和 〇〇 年 8 月 22 日 住所 〇〇県〇〇市〇〇町9-11-5 ⑩ 担当医師 病院名 星川メンタルクリニック 氏名 星川 洸 TEL 03 (〇〇〇〇) 3121				

請求者が退 職してい る場合	フリガナ		③	口座区分	普通・当座
	① 銀行名	銀行 支店			
	フリガナ		④	口座番号	
	② 口座名義				
本請求にかかわる保険給付金は上記に振込みされるよう依頼します。 令和 年 月 日 ⑤ 被保険者であった者(請求者) 氏名					