

同年月日	令和	年	月	日	常務理事	事務長	会計	担当	担当	
支払年月日	令和	年	月	日						
支払支給決議書	支払額				決定標準報酬					
	支給決定額	法定	付加	円	千円/月 @ 円/日					
	支給期間	令和	年	月	日	～	令和	年	月	日
	資格	得喪	年	月	日	日間	資格	得喪	年	月

健康保険 傷病手当金 請求書 (第 回目)

被保険者の記号と番号	記号	番号	被保険者(請求者)の氏名			
被保険者の現住所	〒					
会社名	被保険者の標準報酬	千円				
被保険者の資格を取得した日	昭和 平成 令和	年 月 日	被保険者の業務の種別			
発病または負傷の年月日	平成 令和	年 月 日	傷病名			
発病の状態または負傷の原因を詳しく						
※疾病または負傷の療養をするために休んだ期間	令和	年 月 日 から	令和	年 月 日 まで	日間	
上の※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					
報酬支払を受けたとき、または受けられないときは、その報酬の額とその報酬支払の基礎となった(なる)期間	令和	年 月 日 から	の分として		円	
上の※に書いた期間中に入院した期間がありますか	ある ・ ない					
入院した期間	入院した期間	令和	年 月 日 から	令和	年 月 日 まで	日間
	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	被扶養家族がいますか	いる ・ いない		

※ 右ページの「委任欄」も、ご記入ください。

健保受付印

事業主が記入するところ	労務に服さなかった期間	令和	年 月 日 から	令和	年 月 日 まで	日間	
	うへの期間中の分として支払う報酬関係	全額支給した場合又は支給する場合	令和	年 月 日 から	令和	年 月 日 まで	金 円 日額 (月 日支払) 金 円
		一部支給した場合又は支給する場合	令和	年 月 日 から	令和	年 月 日 まで	金 円 日額 (月 日支払) 金 円
	現在までも又将来も支給しない場合は、その旨						
上記のとおり相違ありません							
令和 年 月 日							
住所							
事業主 氏名							

療養を担当した医師が意見を書くところ	傷病名	傷病が結核性であるか否か	結核性 ・ 非結核性			
	発病または負傷の原因					
	発病または負傷の年月日	平成 令和	年 月 日	療養の給付を開始した年月日	平成 令和	年 月 日
	※労務不能と認めた期間	令和	年 月 日 から	令和	年 月 日 まで	日間
	傷病の主状態および経過観察					
	うへの※の期間中に入院した期間がある場合はその期間	令和	年 月 日 から	令和	年 月 日 まで	日間
	上記のとおり相違ありません					
令和 年 月 日						
住所						
医師 氏名						
電話 ()						

委任欄	私は 事業主 を代理人と定め、傷病手当金および同附加金の受領方を委任します。					
	令和 年 月 日					
	住所					
	被保険者 氏名					

住所						
事業主 氏名						