

前 回	始	年	月	日
	終	年	月	日



傷病手当金請求書 (第 〇 回目)

<確認欄>	この請求について記載内容について誤りがないか申請者本人(被保険者)が確認している。(確認欄に✓を入れてください。)
<input checked="" type="checkbox"/>	

* A4用紙2枚綴りでご提出ください。(両面印刷はしないでください。)

請求日 〇〇年 〇月 〇日

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者等の 記号と番号	記号 1	番号 1111	②被保険者の氏名 健保 太郎		
	③被保険者の 現住所・電話番号	〒 000-0000 〇〇市〇〇町 1-2-3 TEL 000 (0000) 0000				
	④事業所の名称	セコム株式会社		⑤被保険者の 標準報酬月額	〇〇〇千円	
	⑥被保険者の 資格取得年月日	〇〇年 〇月 〇日		⑦被保険者の 業務の種類別	営業	
	⑧発病又は負傷の 年 月 日	〇〇年 〇月 〇日		⑨傷 病 名	胃潰瘍	
	⑩発病の状態又は負 傷の原因を詳しく	〇月〇日に急に激しい腹痛が起こり、軽快しないため受診。				
	⑪疾病又は負傷の療養をす るために休んだ期間	〇〇年 〇月 〇日 から 〇〇年 〇月 〇〇日まで		⑫第三者の行為に よる負傷ですか	はい いいえ <input checked="" type="radio"/>	
	⑬上記⑩に書いた期間の部分 の報酬(賃金)を受けました か、又は受けられますか	受けた	受けない	⑭報酬の支払いを受けたとき、又は受 けられるときは、その報酬の額とその 報酬支払いの基礎となった(なる)期間	年 月 日から 年 月 日までの分として 円	
		受けられる	<input checked="" type="radio"/> 受けられない			
	⑮老齢年金・障害年金・障害手当金を受けているとき、又は受けることができるとき (年金決定通知書の写しを添付してください)					
	⑯基礎年金番号			⑰受給している年金又は手当金等の 年金コード又は記号・番号		
				金額(年額)		
	⑱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		はい・いいえ・請求中		円	
	⑲障害厚生年金又は障害手当金を受給していますか、又はしましたか		はい・いいえ・請求中		円	
	⑳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				円	
㉑㉒㉓の年金又は手当金の受給権を取得した年月日		年 月 日		年金の合計額 円		
振 込 希 望 金 融 機 関 名	金融機関名	〇〇〇銀行		金融機関コード	0005	
	店名	〇〇支店		支店コード	010	
	預金の種別	<input checked="" type="radio"/> 普通・当座		口座番号	1234567	
	フリガナ	ケンポ タロウ				
	口座名義	健保 太郎				
委 任 状	<p>㉔被保険者名義以外の口座に振込みを希望するときは、下記 委任状 に記入してください。 <お振込先の確認のため、お手続きにお時間をいただく場合がございます。予めご了承ください。></p> <p>本請求に基づく給付金の受領を代理人に委任します。 年 月 日</p> <p style="margin-left: 40px;">被保険者 住所 氏名</p> <p style="margin-left: 40px;">代理人 住所 氏名</p>					

<被保険者記入欄> *被保険者が未記入の場合は、医師または事業主がご記入ください。

被保険者	記号	番号	氏名
	1	1111	健保 太郎

社員番号
()

事業主が証明するところ	⑱ 労務に服さなかった期間		年 月 日から		日間		
			年 月 日まで				
	⑲ 上の期間中の分として支払う報酬関係	㊲ 全額支給した場合 又は支給する場合	年 月 日から 年 月 日まで	金 円 (月 日支払)	日 額 金 円		
		㊳ 一部支給した場合 又は支給する場合	年 月 日から 年 月 日まで	金 円 (月 日支払)	日 額 金 円		
		㊴ 現在までも又、将来も支給しない場合はその旨					
⑳ 備考	(該当する場合に○印) 時給 ・ 日給 *時給者の場合 所定時間: h/日、時給単価: @ 円 *日給者の場合 日給単価: @ 円						
上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 事業主 住所 事業所名 氏 名							

療養を担当した医師が意見を書くところ	㉑ 傷 病 名					
	㉒ 発病又は負傷の原因					
	㉓ 発病又は負傷の年月日		年 月 日	㉔療養の給付を開始した年月日	年 月 日	
	㉕ 労務不能と認めた期間		年 月 日 から 年 月 日 まで	日間	㉖ 左の期間中の 診療実日数	日間 (※)
	㉗ 上の㉕の期間中に入院した期間がある場合はその期間		年 月 日から 年 月 日まで 日間			
	㉘ 傷病の主状態及び経過概要 (※)診療実日数が0日の場合はその理由も明記					
	上記のとおり相違ありません 年 月 日 住 所 医療機関名 氏 名 TEL ()					

* ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し正しい内容の証明者が氏名(サイン)をご記入ください。