

健 保 使 用 欄	支給決定伺		常務理事	事務長				担当	
			令和 年 月 日		支 払 年 月 日		令和 年 月 日		
	支給開始年月日	年 月 日	法定給付	支 給 期 間		① 日数	② 日額	③ 割合	④ (A×B×C) 支 給 金 額 (円)
	待 期 期 間	/ ~ /		~			2 3		
	資 格 取 得	年 月 日	付加給付	~				18%	
	資 格 喪 失	年 月 日							
	標 準 報 酬 月 額 平 均	月 額	円						
合 計									

## 傷病手当金・傷病手当金付加金 請求書 (第 回)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被 保 険 者 等 記 号 ・ 番 号	記 号	番 号	発 病 又 は 負 傷 年 月 日	平 成 令 和	年 月 日				
	生 年 月 日	昭 和 平 成	年 月 日	傷 病 名						
	資 格 取 得 年 月 日	平 成 令 和	年 月 日	発 病 又 は 負 傷 の 原 因	業務上以外の原因					
	労務に服することができなかった期間		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日まで 日間							
	仕 事 の 内 容 <small>(具体的にご記入ください)</small>		上記のとおり請求します。 令和 年 月 日 (請求者) <table style="display: inline-table; vertical-align: middle; margin-left: 20px;"> <tr><td rowspan="3" style="font-size: 3em; vertical-align: middle;">}</td><td>〒</td></tr> <tr><td>自宅住所</td></tr> <tr><td>氏 名</td></tr> </table>					}	〒	自宅住所
}	〒									
	自宅住所									
	氏 名									
退 職 者	※資格喪失後の 継続受給者の のみご記入 ください。	銀行コード	店番号	フリガナ	名 義 人					
		銀行・信組 信金・農協	支店	口 座 番 号		普・貯・当				

※在職中の方 ⇒ 傷病手当金・傷病手当金付加金を給与へ組み入れて支給いたします。  
 受領委任の手続きが必要なため、下部「委任状」をご記入ください。

⇒ ※在職中の方のみ記入願います。

委 任 状	被 保 険 者	私は今回請求の傷病手当金・傷病手当金付加金について、受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日								
	委 任 者	被 保 険 者	<table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td rowspan="3" style="font-size: 3em; vertical-align: middle;">}</td><td>会 社 名</td></tr> <tr><td>自 宅 住 所</td></tr> <tr><td>氏 名</td></tr> </table>				}	会 社 名	自 宅 住 所	氏 名
	}	会 社 名								
自 宅 住 所										
氏 名										
事 業 主 が 記 入 す る と こ ろ	代 理 人	事 業 所 所 在 地 名 称	事 業 主 氏 名 (事業主代理人)							
※代理人 受領の 振込先	銀行コード	店番号	フリガナ	名 義 人						
		銀行・信組 信金・農協	支店	口 座 番 号		普・当				

1. 担当医師の証明(意見)は裏面に記載して下さい。
2. 事業主の証明は裏面に記載してください。
3. 障害年金・障害手当金を受給の場合は受給金額(年額)と障害病名が記載されている書類の写しを添付願います。
4. 雇用保険(失業保険)を受給している方は、傷病手当金は支給対象外となります。
5. 被保険者等の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、下部余白へ記載してください。  
 (マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認と本人確認をするための添付書類が必要です。)

健保受付印

**注意事項** 1. 医師の証明に訂正(書き損じ・書き足し)があったときは、訂正印の押印があることを確認してください。

療養を担当した医師が意見を書くところ	患者氏名										
	傷病名				発病又は負傷の原因						
	発病負傷の年月日	平成	年	月	日	療養の給付開始年月日	平成	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	
	労務不能と認めた期間中の診療実日数		日間								
	傷病の主症状及び経過の概要(労務不能と認めた意見書)										
	<u>主症状</u>  <u>経過の概要</u>  <u>今後の見込み</u>										
上記のとおり相違ありません。  令和 年 月 日  医療機関 { 所在地 名称 担当医師名											
電話番号 ( )											

事業主が証明するところ	私傷病での療養をするため休んだ期間(暦日数)	自 令和 年 月 日 日間	左の期間中で出勤した期間(暦日数)	/ ~ / 日間	
		至 令和 年 月 日 日間	左の期間中で有給休暇をとった期間(暦日数)	/ ~ / 日間	
	私傷病での欠勤期間中に支給した諸手当についてご記入ください。				
	交通費 ( <input checked="" type="checkbox"/> をご記入ください)	<input type="checkbox"/> 出勤日のみ支給(後日精算) <input type="checkbox"/> 定期代の支給 →期間と金額を右の記入欄にご記入ください。		/ ~ /	/ ~ /
	諸手当	/ ~ /	/ ~ /	諸手当	/ ~ /
	円	円		円	
諸手当	/ ~ /	/ ~ /		円	
	円	円		円	
上記のとおり相違ありません。				事業所担当者	
令和 年 月 日					
所在地					
事業所 名称					
事業主(事業主代理人) 氏名				年 月 日	

- 注意事項**
- 上記期間のタイムカード(就労実績を証明するもの)を添付してください
  - 給与明細書(欠勤による減額の反映されている)を添付してください。
  - 傷病の原因が外傷によるもの、または労災と考えられるような傷病名の時は別に「受傷原因の調査書」「受傷原因の調査書」(D-1号)を添付してください。
  - 1枚の請求書で(欠勤期間2カ月以上の)請求をしないでください。
  - 状況確認後の支給となりますので、速やかに請求願います。