支給期間	令和　年　月　日 令和　年　月　日 日間	支給支払決裁書				
		常務理事	事務長	会計	扱　者	
支払額	円					
支払年月日	令和　年　月　日					
決定標準報酬日額	円	備考				
支給可能残日数						

資格取得	年　月　日	前回支給期間	令和　年　月　日
資格喪失	令和　年　月　日		令和　年　月　日

健康保険

傷　病　手　当　金　請　求　書

支給回数 第　回目

令和　年　月　日　提出

被保険者の記入欄					
被保険者証の記号・番号	記号 番号	事業所の名称		業務の種別	
被保険者の氏名	フリガナ	生年月日	□昭 □平　年　月　日		
傷病名		第三者行為によるものですか、どちらかに ✓ を	□はい　□いいえ		
傷病又は負傷の療養の為、休んだ期間	令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日　日間				
障害厚生(基礎)年金・障害手当金の受給 □いいえ　□請求中　□はい		障害厚生(基礎)年金・障害手当金の受給の傷病名			

医師の記入欄				
傷病名		発病・負傷年月日	令和　年　月　日	
傷病の主状態及び経過概要				
労務不能と認めた期間	令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日　日間	左記の期間中の診療実日数		

上記のとおり相違ありません　令和　年　月　日

医師　住所(所在地)　〒
医療機関名
氏　名　TEL　—　—

事業主が証明する欄																																
労務に服さなかった期間	令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日　日間																															
出勤日は○で、有給は△で、公休は公で、欠勤は/でそれぞれ表示してください。																																
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	
勤務状況																																
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	
勤務状況																																
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	
勤務状況																																
現在迄も又将来も支給しない場合はその旨を確認し、右のチェック欄にレ印を記入　・チェック欄 □																																
上記のとおり相違ないことを証明します　令和　年　月　日 事業所所在地 事業主名称 事業主氏名																																

委任状	
	私は、下記の事業主を代理人と定め、次の権限を委任する。 令和　年　月　日請求した傷病手当金の受領に関すること。 被保険者の　住所 氏名 事業所所在地 事業主名称 事業主氏名

健保受付印

【2024.12 改訂】