

支給期間	令和 年 月 日	支給支払い決裁書			
	令和 年 月 日 日間	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 報酬月額	千円	決定標準 報酬日額	円	資格取得	前回支給期間
備考			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		
	被保険者の氏名と⑩	⑩		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 認められた期間	令和 年 月 日 ~ 日間 令和 年 月 日	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	⑩	

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
	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
	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
	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
	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
	現在迄も又将来も支給しない場合はその旨 上記のとおり相違ないことを証明します	
事業所所在地 事業主名称 事業主氏名		⑩

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	⑩
	事業所所在地 事業主名称 事業主氏名	⑩

健保受付印