【見本】

支給支払決裁書				
常務理事	事務長	会計	扱　者	

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　3回目

令和　6 年　6 月　10 日　提出

被保険者の記入欄

被保険者証の記号・番号	記号 10 番号 1234	事業所の名称	(株)椿本チエイン 京田辺工場	業務の種別	組立業務
被保険者の氏名	フリガナ　ツバキ　タロウ 椿　太郎	生年月日	□昭 ☑平 5 年 8 月 19 日		
傷病名	胃潰瘍	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　6 年　5 月 27 日 ～ 令和　6 年　6 月　7 日　12 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	胃潰瘍	発病・負傷年月日	令和　6 年　5 月　10 日
傷病の主状態及び経過概要	出血が見られ、痛み、嘔吐あり。加療を要す。		
労務不能と認めた期間	令和　6 年　5 月　27 日 ～ 令和　6 年　6 月　7 日　12 日間	左記の期間中の診療実日数	3

上記のとおり相違ありません　　令和　6 年　6 月　9 日

医師　住所(所在地)　〒　610-0380　京田辺市甘南備台1丁目1-10
医療機関名　つばき　胃腸内科クリニック
氏　名　椿　浩一郎　　TEL　0774 ― 64 ― 5099

事業主が証明する欄

労務に服さなかった期間	令和　6 年　5 月 27 日　～　令和　6 年　6 月　7 日　12　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。

	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
R6 年 5 月 勤務状況																											/	/	/	/	/
R6 年 6 月 勤務状況	公	公	/	/	/	/	/																								
年 月 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　6 年　6 月　15 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　6 年　6 月　10 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　京田辺市　草内　12345
氏名　椿　太郎

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】