

【見本】

支給支払い決裁書				
常務理事	事務長	会計	扱者	
資格取得		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 20 番号 1234	事業所の名称	(株) ○○○○○	業務の種類別	経理業務
	被保険者の氏名と◎	椿 太郎 ◎		生年月日	昭・平 44年4月2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1年5月27日～令和1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1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。		
	労務不能と認められた期間	令和1年5月27日～12日間 令和1年6月7日	左記の期間中の診療実日数	7
	上記のとおり相違ありません	令和1年6月10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	椿本病院 ◎		
	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1年5月27日～令和1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年5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
	1年6月	公 公 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	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	東京都中野区江古田100
	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