

支給支払決議書	支払額		常務理事	事務長		担当者	標準報酬月額
							千円
	支給期間	令 年 月 日 令 年 月 日 日間	資格 喪	得	年 月 日 年 月 日	前 回	始 年 月 日 終 年 月 日
	不支給期間	(理由) (期間) 日間					
一部不支給期間	(理由) (期間) 日間						

健康保険 傷病手当金請求書 令和 年 月 日提出(第 回)

※捺印は不要です。但し、訂正した場合は訂正印を押印してください。

被保険者の記号・番号		被保険者(請求者)の氏名	フリガナ
記号	番号		
被保険者(請求者)の現住所		〒 電話	
事業所の名称		業務の種類	
傷病名		発病又は負傷年月日 (療養開始年月日)	令 年 月 日 令 年 月 日
発病の状態又は負傷の原因 (詳しく記入)		場所(どこで) 状態(原因)	第三者行為によるものですか はい・いいえ
傷病又は負傷の療養をするために休んだ期間 (支給期間)		令 年 月 日から 令 年 月 日まで	日間
上記期間中の報酬を受けましたか、又は今後受けますか		いいえ・はい	「はい」の場合、その報酬支払の基礎となった期間と報酬額 令 年 月 日から 令 年 月 日まで 報酬額 円
障害厚生年金又は障害手当金を受給していますか		いいえ・請求中・はい	「はい」「請求中」の場合、受給の要因となった傷病名と基礎年金番号 傷病名 基礎年金番号
任意継続被保険者、資格喪失者(退職者)は必ず記入 老齢又は退職を事由とする公的年金を受給していますか (年金受給者は◎添付書類も必要)※下記欄外参照		いいえ・請求中・はい	「はい」「請求中」の場合、基礎年金番号等と年金額 年金コード、記号番号、番号のいずれか 年金額 円
給付に関する同意書		私は、健保組合が給付決定に必要と認めた場合は※関係機関に保険給付に関する情報の照会を行い、関係機関が回答することに同意します(自署が難しい場合、代筆者の氏名をご記入ください) 氏名 (代筆者名) 本人との関係() ※関係機関とは、医療機関・日本年金機構・労働基準監督署・前加入健保組合等	

※ 在籍者は、事業所経由(給与加算)でお支払しますので、下記の委任状にご記入下さい。

委任状	私は会社を代理人と定め、本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します		受付日付印
	本人氏名		
	事業所住所		
	代理人会社 事業所名称 氏名		

※ 退職者は、支払い口座を記入してください。(被保険者以外の口座へ振込を希望される場合は別紙委任状が必要です)

銀行 信用金庫	支店 出張所	普通 当座	口座番号
			口座名義(加効)

◎添付書類：年金支払い通知書等のコピー。障害年金の方は傷病のわかる書類も必要です。

労務に服さなかった期間 令 年 月 日～令 年 月 日 日間	
上記期間を含む賃金計算期間の支給状況は、別紙「傷病手当金・出産手当金 給与支払計算表」に記入し、添付してください。(既存の計算表がある場合は、そちらをご提出ください)	
給与の締日と支払日	日締め 当月・翌月 日払い
給与形態	時間給(円)・日給(円)・日給月給・月給・その他()
現在迄も又将来も溯り支給しない場合はその旨を右欄に記入	
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 事業主住所 事業所名称・氏名 電話番号	

注1) 訂正をした場合は、事業主印を訂正印として押してください。

注2) 「労務に服さなかった期間」を含めた給与の締め日～締め日までの勤怠集計表・賃金台帳のコピーを添付してください。

傷病名			
発病又は負傷の年月日	令 年 月 日		
療養の給付を開始した年月日	令 年 月 日		
発病又は負傷の原因			
労務不能と認められた期間	令 年 月 日 令 年 月 日 日間	左の期間中の 診療実日数	日間
傷病の主状態および労務不能と認められた理由			
上記期間中に入院した期間がある場合はその期間	令 年 月 日 令 年 月 日 日間	入院の 費用の別	健保・公費 自費・その他
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 電話番号			