

※ 支給・不支給 決定額 報酬平均日額	同年月日	年	月	日	常務理事	事務長		係
	支給額	拾万	万	千	百	拾	円	
	支給期間	日数	日額	金額	資格	療養給付開始		
	全部不支給	期間理由	日間	円	資得格喪	入院期間	日	法第46条該不
一部不支給	期間理由	日間	円	前始	被扶養者			
				該当条文	55条・58条	照合印		

健康保険

傷病手当金支給申請書 (その1)

(1) (第 回数)

請求者	(2) 氏名	被保険者との続柄	住所 Tel - -
被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	(3) 記号・番号	(記号) (番号)	(4)被保険者の(社員番号) 氏名
	(5) 被保険者現住所	〒 - -	Tel - -
	(6) 事業所の名称 所属・電話	Tel	(7) 被保険者の標準報酬月額 千円
	(8) 被保険者の資格を取得した年月日	昭和 年 月 日 平成 年 月 日	(9) 被保険者の業務の種別
	(10) 発病又は負傷の年月日	平成 年 月 日	(11) 傷病名
	(12) 発病の状態又は負傷の原因を詳しく		
	(13) 疾病又は負傷の療養をするため休んだ期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで (日間)	
	(A) 上の(13)に書いた期間の分の報酬を受けましたか、または受けられますか	受けた ・ 受けない ・ 受けられる ・ 受けられない	
	(B) 報酬支払を受けたとき、又は受けられるときは、その報酬の額とその報酬額支払の基礎となった(なる)期間	年 月 日から 年 月 日まで	の分として 円
	(A) うえの(13)に書いた期間中に入院した期間がありますか	あ る ・ な い	
(15) (B) 入院した期間があるときは	(ア) 病院名 (イ) 入院した期間	(イ) 病院の所在地 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで 日間	
(16) 老齢又は退職を支給事由とする年金を受給しているとき注	(イ) 老齢年金の名称 (ロ) 基礎年金番号 (ハ) 年金コード(記号番号)	(ニ) 年金額 (ヘ) 受給開始年月日	

注 ①年金証書(写し)・②支給開始年月を証明する書類・③直近の受給額がわかる書類を添付して下さい。

・記号・番号を記入した場合は不要です。

・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。

備考欄

受付日付印

振込希望口座	銀行	支店	
	預金の種別	普通・当座	号
	フリガナ	預金の名義人	

事業主が証明するところ	(17) 労務に服さなかった期間	年 月 日から		年 月 日まで		日 間		
	(18) 上記の期間中の分として支払う報酬関係	(19) 全額支給した期間又は支給する期間	年 月 日から	金 円 (日額)	年 月 日まで	(月 日支払)	(金 円)	
		(20) 一部支給した期間又は支給する期間	年 月 日から	金 円 (日額)	年 月 日まで	(月 日支払)	(金 円)	
	(21) 支払った報酬の内訳 (種類が該当が無い時は補記して記入)	形態	月給・日給月給・日給・歩合給・その他 () *該当の形態を○で囲む					
	種類	基本給	役付手当	通勤費	残業手当		欠勤調整	計
	月分							円
	月分							円
	うえのとおり相違ないことを証明します。							年 月 日 (24)
	事業主	(22) 住所						
		(23) 氏名						
			電話	()			番	

療養を担当した医師が意見を書くところ	(25) 傷病名			(26) 傷病が結核性であるか否か	結核性・非結核性		
	(27) 発病または負傷の原因						
	(28) 発病または負傷の年月日	年 月 日	(29) 療養の給付を開始した年月日	年 月 日			
	(30) 労務不能と認められた期間	年 月 日から	日 間	(31) 左の期間中の診療実日数	日 間		
	(30) 年 月 日から	年 月 日まで					
	(32) 傷病の主状態および経過概要						
	(33) うえの(30)の期間中に入院した期間がある場合は、その期間	年 月 日から	日 間	(34) 入院の費用の別	健保・自費・公費		
	年 月 日まで						
	うえのとおり相違ないことを証明します。						
	医師	(35) 住所					(37)
		(36) 氏名					
			電話	()		番	

(共通する注意)

- ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入下さい。