

◎請求期間は、入院中を除き原則として一ヶ月単位で（給与の締切日毎に）請求してください。

必ずA3用紙に印刷してご使用ください。

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|---|---|-----------------------|---|---|-------|--|--|--|----------------------|----------------------------------|---|---|---|---|---|
| ① 被保険者証の記号・番号 | | | | ② 被保険者（請求者）の氏名 | | | | ③ 生年月日 | | | | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 健保 太郎 | | | | 5: 昭 7: 平 9: 令 | 0 | 3 | 0 | 9 | 0 | 1 |
| ④ 被保険者（請求者）の住所 | | | | 電話 | | | | ⑤ 業務の種類別（具体的に） | | | | ⑦ 標準報酬月額 | | | | | |
| 〒 〇〇 - 〇〇 東京都中央区△△ ×-× | | | | 〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇 | | | | 〇〇〇〇 | | | | 440 千円 | | | | | |
| ⑥ 事業所の名称 | | | | ⑦ 標準報酬月額 | | | | ⑧ 傷病名 | | | | ⑨ 介護保険法のサービスを受けたとき | | | | | |
| 〇〇土建株式会社 | | | | 440 千円 | | | | (1) 〇〇〇〇病 | | | | 〇〇土建株式会社 | | | | | |
| ⑩ 発病の状態又は負傷の原因を詳しく | | | | ⑪ 疾病又は負傷の療養をするため休んだ期間 | | | | ⑫ 第三者行為によるものですか | | | | ⑬ うえの⑪に書いた期間中報酬を受けましたか、又は受けられますか | | | | | |
| 〒 000 - 0000 東京都中央区〇〇1-1-1 電話 03 (****) **** | | | | 自 0 5 0 4 0 1 日 間 3 0 | | | | ⑭ 報酬の支払を受けた(受けられる)ときはその報酬の額と、その報酬支払の基礎となった(なる)期間 | | | | ⑮ 障害厚生(基礎)年金又は障害手当金を受給していますか | | | | | |
| 〇〇〇〇病 | | | | 至 0 5 0 4 3 0 | | | | ⑯ 受給の原因となった傷病名 | | | | ⑰ 資格喪失者及び任意継続被保険者の方 | | | | | |
| 〇〇〇〇病 | | | | はい | | | | 「はい」を選択された場合、⑳～㉑も記入してください。 | | | | ⑲ 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 | | | | | |
| 〇〇〇〇病 | | | | はい | | | | ⑳ 年金コード又は記号番号もしくは番号 | | | | ㉑ 年金額 | | | | | |
| 〇〇〇〇病 | | | | はい | | | | 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで | | | | 令和 年 月 日 | | | | | |

◎ 「1. 個人振込」または「2. 事業所払い」のどちらかを記入してください。
 1. 個人振込
 口座確認のため、通帳等の銀行名・支店名・預金種別・口座番号・口座名義の記載のある部分のコピーを必ず添付してください。

| | | |
|-----------|-------|-------------|
| 支払金融機関コード | 支店番号 | 口座番号 |
| 金融機関名 | 銀行 | |
| 預金種別 | 普通・当座 | 口座名義人(カタカナ) |

2. 事業所払い(個人振込の場合は記入しないでください)

私は下記の者を代理人と定め傷病手当金の受領方を委任します。

令和 年 月 日

被保険者氏名 (請求者) _____

給付金受領責任者 _____

令和 年 月 日提出
組合受付印

第一回目の請求については出勤簿・賃金台帳を必ず添付してください。

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|-----------------------|---|---------------------|----|---|---|----------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|---|----|----|
| ⑰ 労務に服さなかった期間 | | 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで | | 日間 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑱ 出勤は○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 | 計 | 出勤 | 有給 |
| 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 | | | |
| ⑲ うえの期間中の分として、報酬を一部支給した場合は支給する場合は | | 全部・一部 | | (自) 年 月 日 (至) 年 月 日 | 日間 | 円 | 月 | 日 | 支払 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 全部・一部 | | (自) 年 月 日 (至) 年 月 日 | 日間 | 円 | 月 | 日 | 支払 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 全部・一部 | | (自) 年 月 日 (至) 年 月 日 | 日間 | 円 | 月 | 日 | 支払 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 全部・一部 | | (自) 年 月 日 (至) 年 月 日 | 日間 | 円 | 月 | 日 | 支払 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑳ 現在までもまた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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所名称 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業主氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | 電話 () | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | |
|--|-----------------------|---|
| ⑳ 傷病名 | | |
| ㉑ 発病又は負傷の年月日 | 年 | 月 日 |
| ㉒ 療養の給付を開始した年月日 | 年 | 月 日 |
| ㉓ 発病又は負傷の原因 | | |
| ㉔ 労務不能と認められた期間 | 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで | 日間 |
| ㉕ 欄で認めた期間について傷病の主状態および経過概要を詳しく記入してください | 人工透析を実施または人工腎臓を装着した日 | 令和 年 月 日 |
| | 人工腎臓等の種類 | ア、人工腎臓 イ、人工膀胱 ウ、人工関節 エ、人工骨頭 オ、心臓ペースメーカー カ、人工透析 キ、その他() |
| ㉖ うえの期間中に入院した期間がある場合はその期間 | 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで | 日間 |
| | 入院の費用の別 | 健保・公費 自費・その他 |
| 上記のとおり相違ないことを証明します。 | | 令和 年 月 日 |
| 医療機関所在地 | | |
| 医療機関の名称 | | |
| 医師の氏名 | | |
| | | 電話 () |