

支給決定伺			年 月 日				
常務理事	事務長	業務課長	係	支給期間		支給金額	
				年 月 日から 年 月 日まで		—	
一部不支給	期間	年 月 日から 年 月 日まで		日間	法55条の2 該当	年 月 日資格喪失	標準報酬額
	理由	1. 期間満了のため 2. 有給のため 3. 支給済のため 4. 労務不能でないため 5. 由			法108条 該当	(日額 円)	これまでの支給期間
						円	備考

健康保険 傷病手当金支給請求書 (第 回日)

被保険者が記入するところ	被保険者証の記号・番号		被保険者住所 (請求者) 氏名	
	資格取得年月日		業務の種類別 (くわしく)	
	発病又は負傷の年月日	年 月 日	発病又は負傷の原	外傷の場合、負傷の状況 (どこで・どんな用件で・どうしているとき等) をくわしく書いてください。[書けないときは別の紙に。また略図を添えてください。]
	発病又は負傷の年月日	年 月 日	発病又は負傷の原	左の期間中の月に報酬の支払を受けたとき又は受けられるときはその期間と額
	病気又は負傷の療養をするため休んだ期間 (請求期間)	年 月 日から 年 月 日まで	発病又は負傷の原	年 月 日から 年 月 日まで
	入院したとき	入院期間	年 月 日から 年 月 日まで	入院した医院の所在地・名称
	振込希望の銀行名	銀行		支店 (普通・当座フリガナ) 名義人
傷害年金・障害手当金又は老齢年金を受給していますか			いいえ・申請中・はい	

事業主が証明するところ	ア、請求期間に対する賃金の計算期間の出勤状況を出勤簿で確認して記入してください。 イ、欠勤日は「○」、有給休暇は「×」、日、祝日・定休日は赤「○」を記入してください。																														
	出勤状況																														
	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																														
	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																														
	○印をつけた期間の属する月の賃金台帳 (給料支給台帳) を、そのまま転記してください。 支給しないときは「0」と記入してください。																														
	賃金	賃金の種別	月給 日給	通勤手当	家族手当	残業手当	手当	手当																							
	賃金計算期間	正常勤務時間の報酬	円	円	円	円	円	円																							
	支給	月 日 ~ 月 日	日分 円	日分 円	日分 円	日分 円	日分 円	日分 円																							
状況	月 日 ~ 月 日	日分 円	日分 円	日分 円	日分 円	日分 円	日分 円																								
賃金	締切日 毎月	日	賃金の支給形態	月給 (年 月 日から休職) 日給月給・日給・時給 (該当のものを○で囲んでください)																											
支給	支給日 毎月	日	給与支給期間 日から 日まで 支給日 日																												

受付日付印

上記のとおり相違ないことを証明します。
年 月 日
事業所の所在地・名称
事業主氏名

⑨

医師 が 意 見 を 記 入 す る と こ ろ	傷病名			発病又は 負傷の原因					
	発病又は 負傷の 年月日	年	月	日	診療開始 年月日	年	月	日	
	労務不能と 認められた期間	年	月	日から	日間	左の期間における 診療実日数	日		
	主症状及び 経過の概要								
	入院期間	年	月	日から	年	月	日まで		
		年	月	日	医療機関の名称及び 医師の住所氏名				印

【記載上の注意】

1. 印はハッキリと押し、印もれのないようにご注意ください。
2. 記載事項を訂正するときは、その個所に各記載者の印で訂正印を押してください。
3. 業務の種別は、具体的に（例えば整備員、販売員、事務員等）記載してください。
4. 事業主の証明印は、法人の場合、事業所印と職印を押してください。
5. 被保険者（本人）が喪失後に受領するとき、被保険者名義の希望する振込金融機関名を記入してください。

委 任 状

この請求金額の受け取り方を _____ に
委任します。

年 月 日

被保険者氏名印

印

（注意）申請印と委任状印は同じ印を押印してください。