健保記入欄				
	前回までの支給期間	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで	備考	
	資格取得	令和　年　月　日		
	資格喪失	令和　年　月　日		

傷病手当金請求書

（第　回目）

被保険者が記入するところ				
	被保険者の記号と番号	記号　番号	事業所の名称	
	被保険者の氏名（自署）及び生年月日	昭和・平成　年　月　日	職種	※在職時の職種を記入してください。
	被保険者の住所	〒　TEL　（　）		
	労災保険、公的年金等の受給について	1障害厚生年金または障害手当金を受給していますか。 1．受けている 2．受けていない 3．請求中　傷病名 2労災保険から休業補償給付を受けていますか。又は過去に受けたことがありますか。 1．受けている 2．受けていない 3．請求中 休業補償給付を受けている、又は請求中の場合は、支給元（請求先）の労働基準監督署をご記入ください。 労働基準監督署 3資格喪失後に請求される方はご回答ください。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。 1．受けている 2．受けていない 3．申請中　受給開始年月日 平成・令和　年　月　日 年金名称 **※上記受給中の場合は年金決定（裁定）通知書の写、及び年金額に変更があった場合には年金額改定通知書の写を添付願います。**		
	傷病名	※ケガ等 → 負傷届を併せてご提出ください。		
	発病又は負傷日	平成・令和　年　月　日		
	発病又は負傷の原因			
	療養のために休んだ期間	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで	日間	
	※傷病手当金は給与に代わる生活保障給のため、1ヶ月毎での請求をお願いいたします。 数ヶ月分を一括請求された際は療養状況照会をさせていただく場合がございます。			
	報酬を受けたとき又は受けられるときはその期間及び報酬	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで	日間の分として 円	

振込先名称					
金融機関名称	銀行 金庫 信組 農協	本店 支店 出張所	預金種別	普通 当座 別段	支店番号 / 口座番号
預金者氏名（カタカナ）					

振込先名称は必ず記入してください。なお、被保険者以外の受領を希望する場合は委任状に記入捺印願います。

委任状	
	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。 令和　年　月　日 〒 住所 代理人 氏名　印 被保険者の氏名 ※自署の場合は押印を省略できます。

令和　年　月　日提出

受付日付印

※労務に服することができなかった期間に係る賃金台帳（写）、出勤簿（写）、欠勤控除計算方法の添付願います。

事業主が証明する欄

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	
賃金形態及び賃金締切・支払日	賃金形態	賃金締切・支払日
	月給 ・ 日給月給 ・ 日給 ・ 時間給 ・ その他	固　定: 毎月　日締め / 当月・翌月　日支払 非固定: 毎月　日締め / 当月・翌月　日支払

出勤状況 ※出勤は○、有給は△、公休日は公、欠勤は／でそれぞれ表示願います。	出勤　日	有給　日
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		

上記期間に対して、賃金の支給をしました(します)か。	□はい　・　□いいえ
支給した賃金について	□基本給 ・□住居手当 ・□扶養手当 ・□資格手当 ・□その他(　　) **※欠勤控除が翌月以降の場合は控除した月の賃金台帳(写)、給与で控除できず本人へ直接請求した場合は請求書を添付願います。いずれも欠勤控除計算方法の添付願います。**
通勤手当	□あり（　年　月　日～　年　月　日 1・3・6・　か月） ・□なし
今回の申請は、労災保険から休業補償給付を受けている期間のものですか。	□いいえ ・□はい ・□労災申請中
はい・または労災申請中と答えた場合は記入願います。	労働基準監督署　（確認日）　令和　年　月　日　（労基担当者氏名）

上記の通り相違ないことを証明します。

令和　年　月　日

事業主の住所

氏名

事業所担当者氏名		連絡先部署および電話番号	

○労務不能と認めた期間が経過した後に証明して下さい。
○記入箇所を訂正する場合は、医師の訂正押印が必要です。
○証明が漏れていると支給できない場合がありますので、すべての項目を証明してください。

療養を担当した医師が意見を記入するところ

患者氏名			
傷病名			
発病又は負傷年月日	年　月　日	療養の給付開始年月日	年　月　日
発病(負傷)の原因			
労務不能と認めた期間	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで　日間	左の期間中の診療実日数	日間
上の期間に、入院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	転帰	治癒 ・ 繰越 ・ 中止 ・ 転医

労務不能と認めた期間に行った「主たる症状経過及び経過」「診療内容、検査結果、療養指導」など　詳しく

症状経過から見て従来の職種について労務不能と認められた医学的な所見

上記の通り相違ありません。

令和　年　月　日

所在地 〒

医師　医療機関名

氏名

電話番号

がん研究会健康保険組合