

黒のボールペンで記入してください。
(鉛筆・消えるボールペンは不可です)

健保記入欄	前回までの支給期間	平・令 年 月 日から 平・令 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	被保険者証の記号と番号	記号 1 番号 12345	事業所の名称	〇〇〇〇病院					
	被保険者の氏名(自署)	健保 太郎		職種	経 理				
	及び生年月日	平成4年4月6日							
	被保険者の住所	〒 111-1111 TEL 000 (0000) 0000 東京都江東区〇〇1-2-3							
	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	右膝前十字靭帯損傷								
発病又は負傷日	平成 令和 年 4 月 12 日 ※ケガ等 → 負傷届を併せてご提出ください								
発病又は負傷の原因	バレーボールしていた時にジャンプの着地に失敗し、負傷した								
療養のために休んだ期間	令和 年 4 月 13 日から 8 日間 令和 年 4 月 20 日まで								
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 日間の分として 円 令和 年 月 日まで								
振込先名称	金融機関名称	〇〇	銀行 金庫 信組 農協	本店 支店 出張所	普通 当座 別段	支店番号	口座番号		
	預金者氏名(カタカナ)	健保 太郎 ケンポ タロウ		預金種別	別段	9 9 9	1 2 3 4 5 6 7		

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	
	被保険者の氏名	代理人		氏名	印
※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

※労働に服さなかった期間（写）、出勤簿に欠勤控除計算方法の添付願います。その前1ヶ月分の賃金台帳（写）、出勤簿（写）

労働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
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			30 31
年 月			30 31
事業主が証明する欄	事業主が記入		
上記期間に対して、			
支給した賃金について			
通勤手当			
今回の申請は、労災申請のものですか。			
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 (確認口) 監督署 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。			
事業主の住所		令和 年 月 日	
氏名			
事業所担当者 氏名		連絡先部署 および電話番号	

○労働不能と認められた期間が経過した後、医師が意見を記入するところ
 ○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。

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	医師が記入		
労働不能と認めた期間			
上の期間に、入院期間がある場合はその期間			
労働不能と認めた期間			
療養を担当した医師が意見を記入するところ			
症状経過から見て従来の職種について労働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。			
所在地 〒		令和 年 月 日	
医師 医療機関名			
氏名			
電話番号			