

伺い年月日	令和 年 月 日	送金通知書番号	第 号	常務理事	
支給決議書	資格取得	平成・令和 年 月 日	支給額	事務局長	
	資格喪失	令和 年 月 日			
	前回	始	平成・令和 年 月 日	支給期間	日間
		終	平成・令和 年 月 日		
	入院期間	令和 年 月 日から	被扶養者	有・無	標準報酬額
		令和 年 月 日まで			
法第46号	該当・不該当		日額	円 × × 日 = 円	
該当条文	法第55条・法第58条・法第59条		日額	円 × 10% × 日 = 円	
法第58条該当支給期間	年 月 日から	1日に	円	円	
	年 月 日まで	つき			
経理					

健康保険 傷病手当金請求書(第 回目)

記号	999	番号	9999	号	事業所の名称	所属会社 (勤務地や出向先ではありません)				
被保険者の記入欄	氏名 (請求書)	健保 一郎			資格取得年月日	平成・令和 20 年 4 月 1 日				
	傷病名	●●病			被保険者の業務の種別	営業職				
	傷病による休業期間	令和 5 年 1 月 1 日から 令和 5 年 1 月 31 日まで 31 日間			発病又は負傷した日	生年月日	昭和 45 年 1 月 5 日	標準報酬月額	400 千円	
	上記期間中入院したときは	病院・診察所の名称	入院期間			住所	TEL 999-999-9999 ●●県●●市●●1-1			
			年 月 日から	日間	発病の原因	1. () 2. 不明 又は 不詳 3. 負傷の場合 ⇒ 裏面に記載				
			年 月 日まで	日間	被扶養者	有・無 氏名・生年月日・続柄 健保 花子 S45.12.1 妻				

事業主の証明	労務に服さなかった期間	令和 年 月 日から	日間	事業主の住所 (所在地、名称) 氏名					
	上記期間を基礎として下記のとおり報酬を支給したことを証明します			※ 所属会社の担当部署で記入・記名してください					
	支給額	円	支給期間	月 日	TEL ()				
	支給目録	※出勤・有給 (出勤有給月日を下へ明記のこと)							

診療担当医の意見	傷病名	※結核性 非結核性		発病又は負傷の日	年 月 日	発病又は負傷の原因			
	労務不能と認められた期間	令和 年 月 日から	日間	診療日数	日	入院期間	月 日	日間	※健康保険の公費負担
	主症状及び経過概要 (検査結果等を入れてなるべく詳細に)	※ 必ず医師の証明が必要です					診療担当医の住所氏名		
	(結核性疾患の場合は安静度 度) 記入日 年 月 日					TEL			

令和 年 月 日 提出

本請求書に基づく給付金の受領を(事業主又は代理人) 会社名 (事業主が記入) に委任します

委任者 (被保険者) 氏名 健保 一郎

受信	第 号	備考
年 月 日		
鈴与健康保険組合		

(裏面参照)