

決裁年月日	年 月 日	常務理事	事務長	会計	扱者
支給支払決議書	支給額	円	資格取得日	年 月 日	
	法定給付			年 月 日	
	付加給付			年 月 日	
◇注意事項◇ 申請用紙は必ずA3用紙で印刷して下さい。 ※裏紙は使用しない下さい。		報酬月額	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間	
		法定	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間	
		付加	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間	

事業主が証明するところ	⑮ 労務に服さなかつた期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間
	⑯ 上記の期間中(7)上記の期間に対し賃金を支給しました(します)か?	※事業主の証明をもらって下さい。 支給しない	
	(4) 支給した場合又は支給する場合	令和 年 月 日まで	円
	(7) 賃金計算等について(賃金を支給した場合のみ記入)	<input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> その他	*初回申請および労務に服さなかつた期間に報酬の支払がある場合は、勤務表・賃金台帳の写しを添付して下さい
	⑰ 上記のとおり相違ないことを証明します。	令和 年 月 日	
	事業主 住所 氏名	令和 年 月 日	
	電話 局 () 番		

療養を担当した医師が意見をかくところ	⑱ 傷病名		⑲ 発病又は負傷の原因		
	⑳ 発病又は負傷の年月日		㉑ 療養の給付を開始した年月日		
	㉒ 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	㉓ 診療実日数	日間
	㉔ 傷病の主状態および経過概要	※医師の意見の交付を受けてください。			
	㉕ 上記のとおり相違ありません。	令和 年 月 日			
	住所 医療機関名 医師氏名	令和 年 月 日			
	電話 局 () 番				

私は _____ を代理人と定め、令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日に請求した疾病手当金及び同付加金

在職中の方へは事業主を通じてお支払いいたしますので委任状欄へ署名いただき、事業主へ提出してください。

年 月 日

住所 名古屋市〇区△△△町□-□□

被保険者 氏名 健康太郎

住所 _____

代理人 氏名 _____

※事業主の証明が必要です。

記入例

傷病手当金
 傷病手当金付加金
 延長傷病手当金付加金

請求書 (第 _____ 回目)

被保険者が記入するところ	① 被保険者証の記号・番号	※保険証に記載されています	② 被保険者の氏名	健保太郎
	③ 被保険者の現住所	名古屋市〇区△△△町□-□□		
	④ 事業所の名称	トーエネック 〇〇部	⑤ 標準報酬月額	300 千円
	⑥ 被保険者の資格を取った年月日	昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日	⑦ 被保険者の種別	
	⑧ 発病又は負傷の年月日	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	⑨ 傷病名	
	⑩ 発病又は負傷の原因	〇〇年〇月中旬頃から、食事の後に胃の痛みがひどかったので病院へ行った。		
	⑪ 労務に服することができなかつた期間(請求期間)	令和 〇〇 年 11 月 28 日から 令和 〇〇 年 12 月 31 日まで	34 日間	
	⑫ (A) 上記期間の報酬を受けましたか、また受けられますか	受けた ・ 受けない ・ 受けられる ・ 受けられない		
	⑬ (B) 報酬支払を受けたとき、または受けられるときは、その報酬の額とその支払の基礎となつた(なる)期間	令和 〇〇 年 11 月 28 日から 令和 〇〇 年 11 月 30 日まで	の分として	30,000 円
	⑭ 障害厚生年金または老齢厚生年金の受給・請求について	(A) 現在給付をうけていますか 受けている (<input type="checkbox"/> 障害 ・ <input type="checkbox"/> 老齢) ・ <input checked="" type="checkbox"/> 受けていない		
	(ア) 障害厚生年金または老齢厚生年金の給付を受けている場合	障害厚生年金または老齢厚生年金の証書番号		
	(B) 障害厚生年金または老齢厚生年金の請求をしましたか	請求した ・ 請求予定	<input checked="" type="checkbox"/> しない	
	(イ) 請求した場合はこれから請求する場合	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	請求した 請求する	

1 ①、⑥は健康保険被保険者証に記載されています。
2 ⑤は不明な場合は、空白で結構です。
3 ⑦は現在の業務種別を具体的に記入して下さい。
4 ⑩は日時(いつ、何時頃)、場所(どこで)、何をしていたとき等、具体的に記入してください。
5 ⑭は請求書を提出するとき現在までのことを「受けた」、「受けない」にまた将来のことを「受けられる」、「受けられない」にわけて二つの事項を丸で囲んでください。

障害厚生年金、老齢厚生年金を受けていない、請求していない場合も必ず記入してください。

資格喪失後(退職後)の請求の場合のみ記入

振込先	金融機関名	種別 口座番号	普通 当座
	支店名	(フリガナ) 口座名義	

受付日付印

注意)初回申請について
療養のため仕事につけなかつた初めの3日間は「待期」といい傷病手当金は支給されません。
待期期間は報酬をうけたかどうかは関係なく、労務不能であった(年次有給休暇、傷病補償欠勤でも可)ことだけが条件となります。