

記入見本

支給期間	支給金額	支給決定日	平成 年 月 日	技官の意見
自平成 年 月 日 至平成 年 月 日 (備考)	円	常務理事 マネジャー リーダー 担当者		
算出基礎	日額 円 × 2/3 × 日 = 円 (108条) 日額 円 × 日 = 円	給付記録 入力力確認		

健康保険 傷病手当金請求書

第〇回

(記入上の注意)

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰
 欄は、資格喪失者が資格喪失後の期間に請求するとき、この欄に記入してください。

① 被保険者証の記号・番号	1000 - 9999	② 被保険者名	給付 太郎 (印)
③ 資格取得年月日	昭和 25 年 4 月 1 日	④ 勤務している(いた)事業所の名称	健保組合株式会社 東京都千代田区神田司町20-80-10
⑤ 資格喪失年月日	平成 年 月 日	⑥ 標準報酬月額	339.167 千円
⑦ 傷病名	胃癌	⑧ 職種	営業職
⑨ 発病または負傷の原因(詳しく)	具体的に記入 【原因がわからない場合は、 「不詳」或いは「不明」と記入】	⑩ 障害厚生年金等を受けている又は受けられる状態のとき 種別: 障害厚生年金 障害手当金 年金証書の記号・番号 障害基礎年金 XXXXX-UUUUUU	
⑪ 療養のため休んだ期間	平成 28 年 10 月 3 日から 平成 28 年 10 月 31 日まで 29日間	⑫ 年金の受給要因の傷病名	腎不全(人工透析)
⑬ 労災または第三者行為によるものですか	いいえ・請求中・はい	⑭ 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	いいえ・請求中・はい
⑮ 受取代理人	本請求に基づく給付金に関する権限を事業主(又は代理人)に委任します。 平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日 被保険者(請求者) 住所 〇〇県〇〇市△△… 氏名 給付 太郎 (印) 事業主(又は代理人) 事業所名 東京都千代田区神田司町20-80-10 所在地 健保組合株式会社 氏名 代表取締役 神田 一郎 (印)		

請求回数を記入

該当する場合は記入

ときは「はい」へ○する。
行為(交通事故等)に該当する
労働災害、相手方がいる第三者

資格喪失後の期間に関する請求のときのみ記入

写②賃金台帳の写」を提出
労務に服さなかった期間中の「①出勤簿の

⑮ 事業主が証明するところ	労務に服さなかった被保険者氏名 健保 太郎 労務に服さなかった期間 平成 28 年 10 月 3 日から 平成 28 年 10 月 31 日まで 29 日間 うえの期間中 ア 全額支給した場合又は支給する場合 平成 28 年 10 月 3 日から (有給休暇) 日額 10,000 円 の分 30,000 円 (5月31日支払) イ 一部支給した場合又は支給する場合 平成 28 年 10 月 6 日から 通勤手当6ヵ月分 4/20~10/16 の分 58,400 円 日額 325 円 の分 (3月30日支払) (324.4) ウ 現在までも また将来も支給しない場合 平成 28 年 10 月 17 日から 平成 28 年 10 月 31 日まで 15 日間 上記の通り相違ないことを証明します。 平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日 事業主 住所 東京都千代田区神田司町20-80-10 (又は代理人) 氏名 健保組合株式会社 代表取締役 神田 一郎 (印)
---------------	---

⑯ 療養を担当した医師が意見を書くところ	ア 傷病名 イ 発病又は負傷の年月日 年 月 日 ウ 療養の給付を開始した年月日 年 月 日 エ 発病又は負傷の原因 オ 労務不能と認められた期間 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで 日間 カ 左の期間中の診療実日数 日 キ 上記期間中の入院期間 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで 日間 ク 入院費用の別 健保・公費 自費・その他 ケ 傷病の主状態及び経過概要 (1) 労務不能期間中における主たる症状及び経過(くわしく) (2) (1)による症状経過からみ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。 平成 年 月 日 (医師) 医療機関名 住所(所在地) 〒 氏名 電話 (- -)
----------------------	---

(事業主の注意事項)
 ⑮アの欄の「全額支給」または「一部支給」とは、一日当たり
 の賃金の全部または一部の意味です。この欄の「一部支給」とは、
 ⑮ウの欄を記入して下さい。

(医師の注意事項)
 ⑯ウの欄は、初診日を記載するのではなく、その傷病について健康保険によ
 る療養を始めた日を記載して下さい。その日から、健康保険証の「療養給付記録」
 欄などをみて記載して下さい。

受付印

(共通する注意事項)

⑩⑮⑯⑰欄の訂正は、各記載者の氏名の脇に押した印と同じ印を訂正印として押して下さい。

MBK連合健康保険組合

⑰ 振込希望先	金融機関 銀行・信用金庫・その他 本店・支店・出張所 口座番号 普通・当座 (〒 -) 口座名義 被保険者(請求者) 住所 TEL(- -) 氏名 印 FAX(- -)
---------	---