

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 日間	円	常務理事	マネジャー	リーダー	担当者		
(備考)							
算出基礎	日額	円 × 2/3 ×	日 =	円			給付記録 入力確認
	(108条)日額	円 ×	日 =	円			

健康保険 傷病手当金請求書

(記入上の注意)

①②③④⑤⑥⑦⑧⑨⑩⑪⑫⑬⑭⑮⑯⑰⑱⑲⑳㉑㉒㉓㉔㉕㉖㉗㉘㉙㉚㉛㉜㉝㉞㉟㊱㊲㊳㊴㊵㊶㊷㊸㊹㊺㊻㊼㊽㊾㊿

被保険者が記入するところ	① 被保険者証の記号・番号	—	② 被保険者名	昭和・平成 年 月 日生				
	③ 資格取得年月日	昭和 年 月 日 平成	④ 勤務している (いた)事業所の 名称 所在地					
	⑤ 資格喪失年月日	平成 年 月 日	⑥ 標準報酬 月額	千円	⑦ 職種			
	⑧ 傷病名	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						
	⑨ 発病または 負傷の原因 (詳しく)	年金額 (円) 年金受給開始日 平成 年 月 日 年金の受給要因の 傷病名 ()						
	⑩ 療養のため 休んだ期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	⑫ 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 老齢基礎年金 (コード等) (円) 老齢厚生年金 (円) 共済年金等 (円)					
	⑬ 労災または第三者行為によるものですか	⑭ 労災 ・ 第三者行為 ・ どちらでもない						
	受取代理人	⑮ 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 年 月 日						
		被保険者 (請求者)	住所 氏名					
		事業主 (又は代理人)	事業所名 所在地 氏名					

(共通する注意事項)

⑩⑮⑯⑰⑱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

受付印

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						
	労務に服さなかった期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	日間				
	うへの 期間中 の分と して支 払う報 酬関係	ア 全額支給した 場合又は 支給する場合	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	の分 (月 日支払)	円	日額 円	
		イ 一部支給した 場合又は 支給する場合	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	の分 (月 日支払)	円	日額 円	
ウ 現在までも また将来も支給 しない場合	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	日間					
上記の通り相違ないことを証明します。 平成 年 月 日 事業主 住所 (又は代理人) 氏名 印							

(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。イの欄の「一部支給」とは、⑮ウの欄は、労務に服さなかった期間に対し、実際に賃金の支払いが無い期間を記入して下さい。

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 (- -) 印					

(医師の注意事項)
⑯ウの欄は、初診日を記載するものではなく、その傷病について「療養給付記録」の療養を始めた日を記載するものではない。ケの欄は、記載して下さい。健康保険証の「療養給付記録」を記載して下さい。特に手術した場合は手術の名

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