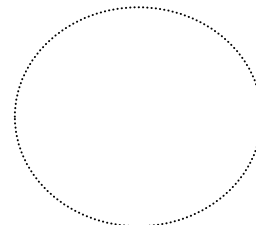


組 合 使 用 欄	起案年月日	年 月 日	係 員 部 課 長	事務局長	常務理事
	支給決定金額	円			
	標準報酬月額	標準報酬日額	支 給 期 間		回 数
	,000 @ 円		自 年 月 日	至 年 月 日	日間 回目
前回までの支給期間	自 年 月 日	至 年 月 日	備 考		
資格関係照合済	年 月 日 取得	年 月 日 喪失			



健康保険 傷病手当金請求書 (第 1 回)

平成 年 月 日提出

被 保 険 者 の 記 入 欄	① 被保険者証の記号・番号	記号 12	番号 345	② 事業所の名称	信用組合	
	③ 被保険者の氏名	信組 太郎		④ 被保険者の住所等	〒 540-0026 大阪市中央区 町3-4-5 TEL 06 (3456)	
	⑤ 被保険者の業務の種類	(詳しく) 信用組合 渉外係				
	⑥ 請求の原因となった傷病名	椎間板ヘルニア	⑦ 発病又は負傷原因	不詳	⑧ 発病又は負傷年月日	平成 年 月 日
⑨ 請求期間(病気又はけがのため休んだ期間)	平成 年 4 月 1 日から 平成 年 4 月 30 日まで 30 日間	⑩ ⑨の期間(請求期間)に給料を受けましたか	イ. 全部受けた ロ. 一部受けた ハ. 全部受けられる ニ. 一部受けられる ホ. 受けられない		年 月 日から 年 月 日まで 日分 円	
⑪ ⑨の期間のうち入院した期間	平成 年 4 月 1 日から 平成 年 4 月 20 日まで 20 日間	⑫ ⑨の期間のうち入院した病院の名称・所在地	病院 大阪市中央区 町1-2-3			
⑬ 障害厚生年金又は障害手当金を受けていますか	いいえ・請求中・はい <input checked="" type="checkbox"/>		基礎年金番号	障害厚生年金又は障害手当金の受給の原因となった傷病名		
⑭ 老齢又は退職を事由とする公的年金を受けていますか	いいえ・請求中・はい					

委 任 状	⑮ 私(信用組合)を代理人と定め、平成 年 月 日請求した傷病手当金の受領方を委任します。 平成 年 月 日	住所 大阪市中央区 町3-4-5	被保険者の氏名 信組 太郎	信組
		住所 大阪市北区 町5-6-7	代理人の氏名 信用組合 理事長	良一

しんくみ関西健康保険組合

記入上の注意

(被保険者本人が記入するところ)

- ⑤ 被保険者の仕事の種類を具体的に記入して下さい。(すでに退職している場合は退職前の業務の種類)
- ⑦ けがをした場合は、「いつ・どこで・何をしていたときに・どのように」けがをしたのか具体的に記入して下さい。なお、第三者行為によるけがの場合には、別途「負傷届」を提出して下さい。(初回のみ)
- ⑬ 障害年金を受けているときは年金証書の写し及び支払通知書を添付してください。
障害手当金を受けているときは、支給決定通知書を添付してください。
- ⑭ 老齢又は退職を事由とする公的年金を受けているときは年金証書の写し及び支払通知書を添付してください。

(事業主が証明するところ)

- ⑮ 出勤簿等にもとづいて厳正に記入してください。
- ⑯ ⑨の期間に報酬を支給した場合は必ず記入してください。

(医師が意見を記入するところ)

- ⑳ 労務不能と認めた傷病の症状・経過をわかりやすく記入願います。

事業主証明欄	⑯	⑨の期間のうち 労務に服さな かった期間	平成 年 4 月 1 日から 平成 年 4 月 30 日まで 30 日間 ただし 日は出勤のため除く	⑰	⑨の期間中に対す る報酬を支給して いるかどうか	イ. 全額支給した ハ. 全額支給する ホ. 支給しない ロ. 一部支給した ニ. 一部支給する
	⑱	報酬の全部又 は一部を支給し た(支給する) 場合はその 期間、金額等	月 日 ~ 月 日 日分 円 月 日 ~ 月 日 日分 円 月 日 ~ 月 日 日分 円 月 日 ~ 月 日 日分 円	⑲ 事業所名称・所在地・事業主氏名・印	大阪市北区 町5-6-7 信用組合 理事長 良一 (印)	

医師が意見を記入するところ	⑳	患者氏名	信組 太郎	
	㉑	傷病名	椎間板ヘルニア	㉒ 発病又は負傷の原因 不詳
	㉓	発病又は負傷の年月日	平成 年 月 日	㉔ 診療を開始した年月日 平成 年 月 日
	㉕	労務不能と認められた期間	平成 年 4 月 1 日から 平成 年 4 月 30 日まで 30 日間	㉖ ㉕の期間中の診療実日数 22 日間
	㉗	㉕の期間中に入院した期間がある場合は、その期間	平成 年 4 月 1 日から 平成 年 4 月 20 日まで 20 日間	
	㉘	傷病の主症状及び経過概要	椎間板ヘルニアに対し4月2日手術施行。 経過良好にて4月20日退院。 現在、外来治療中。	
	㉙	上記のとおり相違ありません。	平成 年 月 日 医療機関の所在地 大阪市中央区 町1-2-3 医療機関等の名称 病院 医師の氏名 大助 (印) 電話 06 (7890)	