この欄には記入しないこと

支給決定	常務理事	業務部長	担当者	年　月　日 資格取得 年　月　日 資格喪失	支給日額	年　月　日　起案 支給決定金額
				前回までの支給期間 .　.　～　.　.	円	

支給期間	標準報酬日額	支給率	支給日数	支給額	108条該当控除額	差引支給額
自　年　月　日 至　年　月　日　日間 （　）は99条　不該当により　日間控除 （　）は108条　該当により　日間　控除　円	円	×	日	円	円	円

備考	昭和 平成　年　月　日

健康保険傷病手当金請求書　（第　回）

被保険者（請求者）が記入するところ

①被保険者の記号番号	—	②業務の種別		③事業所名	
④傷病名		⑤発病または負傷の原因		⑥発病または負傷年月日 年　月　日	
⑦病気やけがで療養のため休んだ期間	年　月　日から 年　月　日まで	日間	ただし このうち	（　）は出勤（　）は	有給 休暇

上記について傷病手当金を請求します。

年　月　日

〒　—

被保険者（請求者）　住所

氏名

電話

電線工業健康保険組合理事長　殿

障害厚生年金又は障害手当金を受給していますか。	□はい □請求中 □いいえ	「はい」「請求中」の場合、受給の要因となった傷病名と基礎年金番号等	傷病名 基礎年金番号	年金の種類　□障害厚生年金　□障害手当金 年金額　円
《退職した方》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。	□はい □請求中 □いいえ	「はい」「請求中」の場合、年金の名称や基礎年金番号等	年金の名称 基礎年金番号	年金額　円
労災保険から休業補償給付を受けていますか。	□はい □請求中 □いいえ	「はい」「請求中」の場合、請求先の労働基準監督署	労働基準監督署	

振込先指定口座			
金融機関名	□銀行　□信金　□信組　□農協	□本店　□支店　□出張所	預金の種類　□1.普通　□2.当座
口座名義（カタカナで記入）		口座番号	左づめ

委任状

わたくしは、　　を代理人と定め、上記請求した給付金の受領方を委任します。

委任者　住所

氏名

代理人　住所

氏名

注意：この請求書には必ず｛在職中の方は事業主記入用と傷病手当金医師意見書／退職後の方は傷病手当金医師意見書｝を添付してください。

※口座名義人は被保険者（請求者）を記入してください。

記入するときの注意事項

● 記入するときは、鉛筆は使用しないでください。

● 提出するときは、記入もれや記入誤りがないか注意してください。もし、記入誤りがあって訂正したときは、二重線で抹消し、正しい内容を記入してください。

《被保険者（請求者）が記入するところ》

① 健康保険被保険者証に書いてある記号番号を忘れずに記入してください。

② 本人の仕事の種類を具体的に（事務員・仕上工などのように）記入してください。

⑤ この欄に書ききれない負傷原因については別紙に書いて添えてください。
なお、発病等の年月日がわからないときは、その旨（不詳・不明など）記入してください。

⑥ 負傷した年月日を、くわしく記入する必要があるときは別紙に書いて添えてください。（⑤に同じ）。
なお、発病等の年月日がわからないときは、その旨記入してください。

⑦ 通算日数をまちがえないように書いてください。
例えば、4月1日から4月30日までの30日間のうち、4月10日の1日だけ出勤、そのほかの日はすべて療養のため休んだ場合、通算日数は30日間と書き、「ただし、このうち（4月10日）は出勤」のように（　）内に出勤した月・日を記入してください。

⑧ 傷病手当金と同じ傷病で、障害厚生年金または障害手当金を受けている場合、傷病手当金は支払調整されますので記入してください。なお、障害厚生年金と同一の支給事由で障害基礎年金を受けているときは、障害厚生年金の額については障害厚生年金と障害基礎年金の合算額になります。障害厚生年金を受けているときは、その年金証書の写及び支払通知書等を、障害手当金を受けているときは、障害手当金支給決定通知書を、基礎年金番号を記載のうえ、年金額が確認できる書類等を添付してください。そのほか、障害手当金を受けた日以後で、傷病手当金の支給停止された期間について医師意見事業主証明が必要な場合があります。

⑨ 退職後、老齢厚生年金等を受けられている場合、傷病手当金は支払調整されますので記入してください。老齢厚生年金等を受けているときは、基礎年金番号を記載のうえ、年金額が確認できる書類等を添付してください。

《直接払いの場合》

請求者の口座に振り込みをする直接払いの場合は、「振込先指定口座欄」に請求者の氏名・金融機関名口座番号等を記入してください。

《委任状欄》

この給付金の受け取りを代理人（事業主）に委任する場合のみ「委任状欄」に請求者及び代理人それぞれが氏名・住所を記入してください。

＜事業主記入用＞

※(ア)労務に服さなかった期間にかかる「**出勤簿**」「**賃金台帳**」等の写しを添付してください。
※訂正がある場合は、二重線で抹消し、正しい内容と事業主担当者の氏名(サイン)を記入してください。

事業主が証明するところ

(ア)労務に服さなかった期間	年　月　日から　年　月　日まで　日間
(イ)給与体系	□ 月給　□ 日給　□ 時間給　□ その他（　）
支払月	□ 当月　□ 翌月

(ウ)出勤日は「○」、有給休暇取得日は「△」、公休日は「公」、欠勤日は「／」を記入してください

日付	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	出勤日数	有給日数
月																																	
月																																	
月																																	

(エ)労務に服することができなかった期間に対して、賃金を支払いました(ます)か	□ はい　□ いいえ

(オ)労務に服期することができなかった期間を含む賃金計算期間の支払状況を記入してください

自年月日	至年月日	日間	総支給額	控除額
年　月　日	年　月　日		円	円
年　月　日	年　月　日		円	円
年　月　日	年　月　日		円	円

(カ)通勤手当の支払状況について記入してください

□ 支給なし
□ 実費支給 ＿＿＿＿円（1日　円×　日分）
□ 定期券代の支給 ＿＿＿＿円（　月　日から　ヵ月分定期）

●賃金計算方法(欠勤控除計算方法)等について記入してください

○ 基本給　円

(キ)復職状況	□　年　月　日に復職（予定）　□ 未定
(ク)労災申請の確認	□ 申請予定　□ 申請なし （申請予定の場合は、一度組合にご連絡ください。）

上記のとおり相違ないことを証明します

担当者氏名（必須）	

年　月　日

事業主所在地

事業主名称

事業主氏名

電話　―　―

(ウ)（オ）は、「出勤簿」「賃金台帳」の写しの添付があれば省略可です。その場合は、両面印刷は不可です。

傷病手当金医師意見書

被保険者記号番号	―	被保険者氏名	
傷病名	(1) (2) (3)	初診年月日	(1) 年 月 日 (2) 年 月 日 (3) 年 月 日
発病または負傷の年月日	年 月 日 □ 発病 □ 負傷	発病または負傷の原因	
労務不能と認めた期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間		
うち入院期間	年 月 日から 日間 年 月 日まで 入院	療養費用の別	□ 健保 □ 公費（ ） □ 自費 □ その他
転帰	□ 治癒 □ 中止 □ 繰越 □ 転医		

診療実日数	日	診療日を○で囲んでください	
			月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
			月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
			月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31

上記の期間中における「主たる症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等（詳しく）

手術年月日	年 月 日
退院年月日	年 月 日

経過症状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

人工透析を実施または人工臓器を装着したとき	人工透析の実施または人工臓器を装着した日 □ 昭和 □ 平成 □ 令和 年 月 日	人工臓器等の種類	□ 人工肛門 □ 人工関節 □ 人工頭骨 □ 心臓ペースメーカー □ 人工透析 □ その他（ ）

上記のとおり相違ありません

年 月 日

医療機関の所在地

医療機関の名称

医師の氏名（自署してください。）

電話 （ ）

※記入内容を訂正される場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と医師の氏名（サイン）をご記入ください。