

支給決定日	平成 年 月 日				
支払年月日	平成 年 月 日				
支払額					円
傷病手当金					円
傷病手当付加金					円
支給期間	年 月 日 ~ 年 月 日	法定	日		円
支給日数	年 月 日 前 始	年 月 日 回 終	年 月 日		円
資格	得喪	年 月 日 前 始	年 月 日 回 終	年 月 日	円
待期間	年 月 日 ~ 年 月 日				円
標準報酬月額	標準報酬日額	法定2/3			円
千円	円	円			円

法第108条控除額

(計算式)

傷病手当金 請求書

健康保険

(第 1 回目)

被保険者
注意事項

【被保険者添付書類】

障害(厚生)年金、障害手当金又は任意継続被保険者及び資格喪失者の方で老齢給付等の公的年金を受給している方は年金証書に記載されている年金種別、記号番号を記入して下さい。

障害(厚生)年金、障害手当金受給者又は任意継続被保険者及び資格喪失者の方で老齢給付等の公的年金を受給している方は、年金証書の写し、並びに直近の年金額改定通知書の写しを添付して下さい。

被保険者証の記号・番号	生 年 月 日	被保険者 (請求者) の氏名と印	(フリガナ) ケンボ タロウ
〇〇〇 1 2 3 〇	1 5 0 0 1 0 1	健保太郎	健保
被保険者 (請求者) の住所	(フリガナ) 〒 〇〇〇 ××××		(電話番号)
	〇〇 県 市××区 町1-2-3		123 (456) 7899
事業所の 名称	〇〇 株式会社	業務の 種別	SE・プログラマ 営業・事務・その他()
傷病名	急性胃炎	発病 年月日 又	1 5 0 1 0 1
		発病 年月日 又	1 5 0 1 0 1
発病の状態又は 負傷の原因を詳しく	不 詳		
疾病又は 負傷の療 養をする 為に休ん だ期間	自 年 月 日	日 間	左記 期間 のうち 入院 した 期間
	1 5 0 1 0 1	3 1	
	至 年 月 日		
	1 5 0 1 3 1		
上記期間部分の報酬 を受けましたか、又は 受けられますか	受けた 受けなし	報酬の支払を受けた(受 けられる)とき、その期間 とその額	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで の分として 円
障害(厚生)年金、障害手当金を受給していますか又は受給できますか			
受給の有無	有 無 請求中	受給開始年月日	年 月から受給 年金証書の記号番号
受給病名	障害(厚生)年金、障害手当金の額		年額 円
老人保健法による医療を受けている方は医療受給者証の			
市長村番号	受給者番号	発行機関名(市町村)	
任意継続被保険者及び資格喪失者の方で老齢給付等の公的年金を受給している方			
老齢給付の名称	年金証書の記号番号		
受給開始年月日	年 月から受給	年金の額	年額 円

被保険者捺印

健保

平成 年 月 日 提出

富士ソフト健康保険組合 (給-3-)

事業所
担当者印

領収書	金 円也領収いたしました。
	平成 年 月 日
	健康保険組合理事長殿
	氏名 印

受付日付印

事業主が証明する欄	被保険者名	健保太郎																																											
	労務に服さなかった期間	平成15年1月1日から平成15年1月31日まで31日間																																											
	出勤は で、有給は で、公休は公で、欠勤は / でそれぞれ表示してください。																																												
	平成15年1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	計	出勤 日	有給 日										
	年 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													
	年 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													
	うえの期間中の分として、報酬を全部又は一部支給した場合又は支給する場合は	(自)年	月	日	(至)年	月	日	日額	円	月	日額	円	(自)年	月	日	(至)年	月	日	日額	円	月	日額	円	(自)年	月	日	(至)年	月	日	日額	円	月	日額	円	(自)年	月	日	(至)年	月	日	日額	円	月	日額	円
		現在までも将来も支給しない場合はその旨																																											
		うえのとおり相違ないことを証明します 平成15年2月1日																																											
		住所 〒○○○-×××× 神奈川県鎌倉市岡本○-○-○ 氏名 代表取締役 鎌倉 一郎 (鎌倉) :○○○○(××) 番																																											

事業主へのお願い

請求期間中の出勤簿の写と欠勤を添付して下さい。

事業主捺印



療養を担当した医師が意見をかくところ	患者名	健保太郎				傷病名	急性胃炎			
	発病又は傷病の年月日	平成15年1月1日								
	療養の給付を開始した年月日	平成15年1月1日								
	発病又は負傷の原因	不詳								
	労務不能と認められた期間	平成15年1月1日から平成15年1月31日まで	31日間	左の期間中の診療実日数	31日間					
	傷病の主状態および経過概要	H15.1.1より食事取れず、同日入院となる。補液にて経過観察。入院時WBC10.300、CRP0.1								
	うえの期間中に入院した期間がある場合はその期間	平成15年1月1日から平成15年1月20日まで	20日間	入院の費用の例	(健保)公費 自費・その他					
うえのとおり相違ありません。 平成15年 2月 1日										
住所(所在地) 〒○○○×××× ○○県 市××区 町5-5-5										
医師 医療機関名 ○○○病院 氏名 院長 東京 一郎 (東京) :○○○○(××) 番										

医師へのお願い

労務不能期間については療養開始日以降、記載日以前分の訂正は証明願います。文字を訂正された時は訂正印を押して下さい。

受取代理人の欄	本請求に基づく給付金に関する受領を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 (印)	
	代理人	住所 〒 氏名 (印)	
	受取口座	銀行・金庫・農協	本店・支店
		普通・当座	口座番号
口座名義			