

傷病手当金請求書（第 回） その1

請求者が記入するところ	被保険者証の記号と番号	記号		被保険者の氏名と生年月日	(フリガナ) 昭和・平成 年 月 日生		
	被保険者の住所	〒 () - () ()					
	事業所名	〒 () - () 営業所・店 業務の種類					
	資格取得日	昭和・平成・令和 年 月 日			資格喪失日	令和 年 月 日	
	傷病名				初診日	令和 年 月 日	
	傷病発生状況を詳しく						
	請求期間(療養のため休んだ期間)	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで 日間					
	休んだ期間中に報酬を受けましたか	受けた・受けない 受けられる・受けられない		報酬を受けた期間と額	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 円		
	①老齢に係る年金等を受けていますか	いいえ・はい・請求予定		第三者(他人)の行為によるものですか	いいえ・はい		
	②障害に係る年金または手当金を受けていますか	いいえ・はい・請求予定		労災保険から休業補償給付を受けていますか	いいえ・はい・請求予定		
	※①、②について、『はい』『請求予定』に○をつけた場合は、その年金証書の写しと年金振込通知書の写しを添付して下さい。(年金振込通知書は最新の通知を請求のつど添付)						
	振込先金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 農協・他	預金種類	普通・他 ()	支店 営業所	口座番号	口座名義(被保険者名)

療養を担当した医師が意見を書くところ	患者の氏名				傷病名		
	発病又は負傷した年月日	令和 年 月 日			療養の給付を開始した年月日	令和 年 月 日	
	発病又は負傷の原因						
	労務不能と認められた期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間			労務不能と認められた期間中の診療実日数	日間	
	上のうち入院した期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間			入院の費用の別	健保・公費・自費・その他	
	傷病の主症状および経過の概要						
	上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日						
	住所 医師の 氏名				〒 () - ()		

傷病手当金請求書 その2

事業主が証明する欄	被保険者の記号と番号	記号	番号	被保険者の氏名																													
	労務に服さなかった期間	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。																															
	年 月 日から	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
		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 日まで	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
		日間	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
	上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	通勤手当	令和	年	月	日から	日間分	円を																									
			令和	年	月	日まで	日間分	月 日に支給																									
			令和	年	月	日から	日間分	円を																									
		令和	年	月	日まで	日間分	月 日に支給																										
		令和	年	月	日から	日間分	円を																										
		令和	年	月	日まで	日間分	月 日に支給																										
報酬を現在までも、また将来も支給しない場合はその旨																																	
上記のとおり相違ないことを証明する。		令和 年 月 日																															
住所 事業主の 氏名		(印) Tel () -																															

※上下のどちらかの欄を記入すること

資格喪失後（任意継続被保険者を含む）に請求する場合に記入する欄	現在、手元にある被保険者証は（いずれかに○）	1・リーガル健康保険組合の被保険者証 2・その他の被保険者証（下段にその内容を転記）					
	保険者名称						
	保険者所在地						
	電話番号	() -					
	記号と番号	記号		番号			
	資格取得年月日	令和 年 月 日（令和 年 月 日交付）					
雇用保険法による基本手当（いわゆる失業手当）について（いずれかに○）	1・現在受給中である（令和 年 月 日分より受給開始）。 2・申請中である（令和 年 月 日より受給予定）。 3・どちらもしていない。						
上記のとおり相違ありません。		令和 年 月 日					
請求者の氏名		(印)					