



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 〇〇	被保険者の氏名と生年月日	(フリガナ ケンポ タロウ) 健保 太郎 
	被保険者の住所	〒 279 - 0013 千葉県浦安市日の出〇-〇-〇	昭和・平成 50年 2月 10日生	TEL (047) ××× - ××××
	事業所名	(株)リーガル〇〇	TEL (047) 304 - ××××	営業所・店 業務の種類
	資格取得日	昭和・平成・令和 10年 4月 1日	資格喪失日	令和 年 月 日
	傷病名	急性心筋梗塞	初診日	令和 元 年 5月 12日
	傷病発生状況を詳しく	胸痛がし吐き気もひどかったため、救急病院を受診したところ急性心筋梗塞と診断され、そのまま入院となった。		
	請求期間(療養のため休んだ期間)	令和 元年 5月 13日から令和 元年 7月 7日まで 56 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	△△ 支店 営業所	口座番号 1 2 3 4 5 6 7
		預金種類 普通・他 ()	口座名義 (被保険者名)	ケンポ タロウ

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	医師にて記入・押印してもらおう		
	上記のとおり相違ないことを証明する。	令和 元 年 〇 月 〇 日		
住所	千葉県浦安市舞浜△-△-△			
医師の氏名	〇〇大学付属〇〇病院		TEL (047) ××× - ××××	
	□□ □□			

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	31
	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 令和 年 月 日まで	日間分	円を 月 日に支給																												
			令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間分	円を 月 日に支給																												
			令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間分	円を 月 日に支給																												
		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間分	円を 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 元 年 〇 月 〇 日																																	
住所	千葉県浦安市日の出△-△-△																																
事業主の氏名	(株)リーガル〇〇		代表取締役社長 〇〇 〇〇	代表取締役印																													
	Tel (047) 304 - × × × ×																																

在職者は、こちらを事業所にて記入してもらう

※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	番号	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 日より受給開始）。押印				
	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 元 年 〇 月 〇 日					
請求者の氏名	健保 太郎		健保印		

退職された方や任意継続被保険者になられた方は、こちらを記入・押印