

【記入例】	年 月 日
	年 月 日
決裁年月日	令和 年 月 日
支給額	円
支給内訳	傷病手当金 円
	傷病手当付加金 円
支給開始	令和 年 月 日
支給期間	自 令和 年 月 日 日 至 令和 年 月 日 日間
前回	始 令和 年 月 日
	終 令和 年 月 日

常務理事	事務長	係	係	台帳照合印
資格取得	年 月 日			
資格喪失	年 月 日			
標準報酬月額	千円 (第 級)			
障害年金額・日額障害手当金額	円 (日額 円)			
年齢(退職)年金額	円 (日額 円)			
全部・一部不支給	期間	年 月 日から 日 日 まで 日間 円		
	理由			
備考				

傷病手当金・傷病手当付加金請求書 (第 1 回目)

① 被保険者証の記号・番号	18-1234	② 被保険者の業務の種別	事務職
③ 事業所の名称及び所在地	名称 健保商事株式会社	所在地	東京都千代田区大手町〇-〇-〇
④ 資格を取得した年月日	令和 〇 年 4 月 1 日	⑤ 標準報酬月額	300,000 円
⑥ 介護保険のサービスを受けたとき	保険者番号	被保険者番号	保険者名称
⑦ 発病又は負傷の年月日	令和 〇 年 5 月 1 日	⑧ 傷病名	左大腿骨頸部骨折
⑨ 発病又は負傷の原因	令和〇年5月1日、午前8時頃に自宅2階から1階へ降りる際に階段を踏み外したことにより左足を骨折。 ⑩ 第三者行為によるものですか <input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		
⑪ 労務に服することができなかった期間	令和 〇 年 5 月 1 日から 令和 〇 年 5 月 3 1 日まで	31 日間	
⑫ 上記期間の報酬の全部又は一部を受けたとき、又は受けることができるときは、その報酬額及び期間	令和 〇 年 5 月 1 日から 令和 〇 年 5 月 1 0 日まで	10 日間	100,000 円 受けた報酬額 円 受けることができる報酬額
⑬ 障害年金、障害手当金を受けているとき、又は受けることができるとき	⑭ 給付の別	障害年金・障害手当金	⑮ 年金を受けることとなった年月日
	⑯ 年金額	⑰ 障害年金の基礎年金番号・年金コード	年 月 日
	⑱ 年金の支給事由となった傷病名		
⑭ 任意継続被保険者資格喪失の方	⑲ 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 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 請求中 <input type="checkbox"/> いいえ		
	⑳ 老齢(退職)年金の名称	㉑ 基礎年金番号及び年金コード又は記号番号若しくは番号	㉒ 受給年月日
			年 月 日
			年 月 日
	㉓ 年金の合計額 円		
⑮ 振込希望の金融機関名	金庫 銀行 組合 支店 (普通 当座 No.)		
⑯ 上記のとおり請求します。 令和 〇 年 6 月 5 日			
住所 〒170-0003 東京都豊島区駒込〇-〇-〇 被保険者の 氏名 大平 健太			
大平洋金属健康保険組合理事長 殿			

事業主が証明するところ	⑰ 労務に服さなかった期間	令和 〇 年 5 月 1 日から 令和 〇 年 5 月 3 1 日まで	31 日間
	⑱ 上記の期間中の分として支払う報酬関係	㉔ 全額支給した場合、又は支給する場合	年 月 日から 金 円 (日額 円) 年 月 日まで (月 日支払)
		㉕ 一部支給した場合、又は支給する場合	令和 〇 年 5 月 1 日から 金 100,000 円 (日額 円) 令和 〇 年 5 月 1 0 日まで (6 月 10 日支払)
	⑲ 上記のとおり相違ないことを証明します。	令和 〇 年 6 月 1 5 日	
住所 〒100-0004 東京都千代田区大手町〇-〇-〇 事業主 氏名 健保商事株式会社 代表取締役 田中一郎 電話 - -			

療養を担当した医師が意見を書くところ	⑳ 傷病名	左大腿骨頸部骨折	㉑ 発病又は負傷の原因	左足を強打したことによる。	
	㉒ 発病又は負傷の年月日	年 月 日	㉓ 療養の給付を開始した年月日	年 月 日	
	㉔ 労務不能と認められた期間	令和 〇 年 5 月 1 日から 令和 〇 年 5 月 31 日まで	31 日間	㉕ 診療実日数	31 日間
	㉖ 上記の期間中に入院をした期間がある場合はその期間	令和 年 月 日から 日間 令和 年 月 日まで	㉗ 療養の費用の別	健保・公費 自費 その他	
	㉘ 傷病の主症状及び経過治療内容、検査結果、療養指導等(詳しく)	左足の骨折のため、大腿骨バンドで固定。骨が固定するまで安静とし、固定後にリハビリを必要とする。			
	㉙ 症状経過からみて労務不能と認められた医学的な所見	骨折した部位が固定するまで安静が必要で、固定後もリハビリが必要であったため、労務不能と判断した。			
⑲ 上記のとおり相違ありません。 令和 〇 年 6 月 1 0 日					
住所 (所在地) 東京都豊島区池袋〇-〇-〇 医師医療機関名 〇〇整形外科 氏名 〇〇 〇〇 電話 03 - 0000 - 0000					

委任状	⑲ 本申請に基づく給付金に関する受領を下記代理人に委任します。			
	令和 〇 年 6 月 5 日			
	被保険者の(請求者)	住所 〒170-0003 東京都豊島区駒込〇-〇-〇	氏名 大平 健太	
代理人の	住所 〒100-0004 東京都千代田区大手町〇-〇-〇	氏名 健保商事株式会社 代表取締役 田中一郎		
⑳ 振込希望の金融機関名	金庫 銀行 組合 支店 (普通 当座 No.)			

記入方法については裏面の記載事項をご覧ください。