

常務理事	事務長	担当者

◆この請求書は2枚組です。担当医および事業主の証明を受けるときは、必ず2枚揃えて提出してください。

被 保 険 者 ま た は 請 求 者 が 記 入 す る と こ ろ	届出年月日	令和 年 月 日 提出
	② 被保険者 記号・番号	記号 番号(従業員番号) ③ (フリガナ) 氏名
	④ 事業所名称	⑤ 生年月日 (昭和) 年 月 日 (平成) 年 月 日 (令和) 年 月 日
	⑥ 住所及び 電話番号	〒 電話
	⑦ 傷病名	⑧ 発症または 負傷年月日 (昭和) 年 月 日 当日 (平成) 年 月 日 頃 (令和) 年 月 日
	⑨ 傷病の原因	私傷病 第三者行為 交通事故 労災 *労災の場合は→ 休業補償給付受給中 労災請求中
	⑩ 発症の状態 または負傷の 原因を詳しく	
	⑪ 療養のために 休んだ期間 (請求する期間)	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間
	⑫ ⑪の期間に報酬を受けましたか、または今後受けられますか (出勤、有休、積立休暇等がありましたか)	受けた 受けられる 受けない 受けられない
	⑬ 障害厚生年金又は 障害手当金を 受給していますか	未受給 請求中 受給中 *受給中の場合は→ 障害厚生年金 障害手当金 ※ 受給中の場合は 証書の写しを 添付してください 受給中または申請中の場合、 受給の要因となる(なった)傷病名 受給中又は 申請中の場合の 基礎年金番号 基礎年金番号 支給開始年月日 ※受給中のみ記入 受給額(年額)※受給中のみ記入 (昭和) 年 月 日 (平成) 年 月 日 (令和) 年 月 日 円
	⑭ 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 (退職者のみ)	未受給 請求中 受給中 ※受給中の場合は証書の写しを添付してください。 受給中又は 申請中の場合の 基礎年金番号 基礎年金番号 支給開始年月日 ※受給中のみ記入 受給額(年額)※受給中のみ記入 (昭和) 年 月 日 (平成) 年 月 日 (令和) 年 月 日 円
	⑮ 委任状 【被保険者が受領 する場合】 (給与口座へ振込み)	私は事業主を代理人と定め、傷病手当金および同付加金の受領方を委任します。 被保険者氏名
	⑯ 被保険者以外が 代理で請求・受領 する場合の 代理人情報	(フリガナ) 氏名 住所等 〒 電話 被保険者との続柄 または身分関係
	⑰ 振込希望口座 【被保険者以外が 請求する場合】 (⑯の代理人の 金融機関口座)	金融機関 名称 (銀行・信組 本店 支所 金庫・農協 支店 出張所) 口座種別 (当座 普通) 口座番号(右詰め) ゆうちょ銀行は 右欄に店番号 口座名義 (カタカナ)

健 保 使 用 欄	支給額	千円 円	給付内訳	法定給付 円 付加給付 円 調整減額 円
	支給日	令和 年 月 日		
	支給期間	法定 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 日間 付加 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 日間		
	給付額決定 の基礎となる 報酬月額	千円	資格 得 昭和 年 月 日 前 喪 令和 年 月 日 回	始 令和 年 月 日 終 令和 年 月 日

受付日付印

事業主提出日
令和 年 月 日

被保険者の記号と番号を記入したときは、右欄は記入不要です。記号・番号に代わり個人番号(マイナンバー)で届出を行なうときに限り記入してください。ただし、被保険者の個人番号であることを特定する書類の添付が必要です。

事業主の証明に 第1回目の申請のときは、その期間の出勤簿等の写しと賃金台帳等の写しを添付してください。また、2回目以降であっても、その申請期間に関するお願い（月度）において一部でも報酬支払があるときや前回の申請期間と継続していないときも同様の書類を添付願います。

事業主が証明するところ	① 労務に服さなかつた期間		令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで		日間																													
	② 上の期間について、出勤は○、有休・積立休暇(報酬支払いのある休暇)は△、公休は公、欠勤は／で、それぞれ表示してください。						出勤	有休積立																										
	令和 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	日
	令和 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	日
	令和 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	日
	令和 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	日
	③ 上の期間(す)に(す)報し内支取給	期間		月度		月度		月度		月度		④ 給与の種類 日給 日給月給 月俸 その他 (その他の場合は、具体的に)																						
		区分		/ ~ /		/ ~ /		/ ~ /		/ ~ /																								
		本給+職責給		円		円		円		円																								
		日給または月俸		円		円		円		円																								
手当()		円		円		円		円																										
手当()		円		円		円		円																										
計		円		円		円		円																										
報酬の支払い・証明に関する補足事項等																																		
上のとおり相違ないことを証明します。											令和 年 月 日																							
事業所の 所在地																																		
事業所の 名称																																		
事業主の 氏名																																		
											電話																							

療養担当者が意見を記入するところ	① 患者氏名		② 傷病名		
	③ 発病又は負傷の年月日		昭和 年 月 日	④ 発症に ⑤ 負傷	⑥ 療養の給付開始年月日(貴院における初診日)
	令和 年 月 日		令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日
	⑦ 労務不能と認められた期間		令和 年 月 日	⑧ 左⑦における入院期間	令和 年 月 日
	令和 年 月 日		令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日
	⑨ 上⑧における診療実日数		日間	⑩ 療養費用の別	健保 ⑪ 自費 ⑫ その他 ⑬ 転帰
				公費 ()	治癒 ⑭ 繰越 中止 ⑮ 転医
	⑯ ⑰の期間中における「主たる症状および経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等を詳しく記入願います。				
	⑱ 傷病の主症状・経過概要等				
	⑲ 症状の経過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所見を記入願います。				
⑳ 人工透析を実施又は人工臓器を装着したとき		装着日	昭和 年 月 日	㉑ 種類	
			平成 年 月 日	人工肛門 人工関節 人工骨頭 心臓ペースメーカー 人工透析 その他 ()	
上のとおり相違ないことを証明します。					
令和 年 月 日					
医療施設の 所在地					
医療施設の 名称					
医師の 氏名					
電話					