

※いずれかに○をつけてください。

傷病手当金請求書 （ 初回 ・ 2回目以降 ）

被 保 険 者 記 入 欄	社 員 番 号		被保険者証 記号・番号	記号： 番号：	被 保 険 者 氏 名			
	在 籍 会 社				所 属			
	被 保 険 者 住 所	〒					TEL	
	傷 病 名							
	発病又は負傷年月日	H R	年	月	日	発病または負傷の原因		
	療養のため休んだ期間	R 年 月 日 ～ R 年 月 日						
	上 記 の 期 間 中 に 報 酬 を 受 け た 期 間	R 年 月 日 から R 年 月 日 まで	左記期間中の報酬			円		
	障 害 年 金 又 は 障 害 手 当 金 の 受 給	☐ 有 ☐ 無 ※有の方は、年金証書・直近の支給額を証明する書類（年金支払通知書・変更通知書等）を添付してください。すべて（写）で可			老齢年金の受給	☐ 有 ☐ 無 ※有で退職後の方は、年金証書・直近の支給額を証明する書類（年金支払通知書・変更通知書等）を添付してください。すべて（写）で可		
	照 会 等 の 同 意 及 び 受 領 の 委 任	貴組合がこの請求内容について、必要に応じ、医療機関・事業主・官公庁等関係機関に照会することに同意します。また、在籍中はこの給付金の受領を在籍している事業所に委任します。 被保険者氏名（自署）						
	※ご在籍中の方は上記「受領の委任欄」にご署名いただくことにより、事業所より給与支給日に給与口座へ支給されます。 退職された方への給付は、在籍中の最終給与振込口座にお振込みいたします。							
医 師 の 意 見 欄	傷 病 名							
	発病又は負傷の原因							
	労務不能と認めた期間	年 月 日 ～ 年 月 日						
	疾 病 又 は 負 傷 の 発 生 し た 年 月 日	年	月	日	診 療 開 始 年 月 日	年	月	日
	労 務 不 能 と 認 め た 期 間 中 の 入 院 期 間	年	月	日 から 年	月	日 まで	労 務 不 能 と 認 め た 期 間 中 の 診 療 日 数	日
	傷 病 の 症 状 及 び 労 務 不 能 と 診 断 さ れ た 事 由 な ど （ 詳 細 に ）	就労可能見込日 年 月 日						
	上記のとおり相違ありません。 年 月 日 医療機関所在地 医療機関名称 担当医師氏名 電話番号							
事 業 主 証 明 欄	労務に服さなかった期間 年 月 日 ～ 年 月 日				左記期間中に報酬を受けた期間 年 月 日 ～ 年 月 日			
	※勤怠及び報酬等については、添付の勤務状況一覧及び賃金台帳等をご確認ください。							
	上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日							

傷病手当金請求書 (初回 ・ 2回目以降)

※いづれかに○をつけてください。

該当する方に
○をつけてください。

被 保 険 者 記 入 欄	社 員 番 号	○○○○○○○	被保険者証 記号・番号	記号：○○ 番号：○○○○○	被 保 険 者 氏 名	健保 太郎
	在 籍 会 社	伊藤ハム(株)		所 属	○○○○部○○課○係	
	被 保 険 者 住 所	〒○○○-○○○ ○○県○○市○○町○丁目○-○				TEL ○○○-○○○-○○○○
	傷 病 名	○○○○○				
	発病又は負傷年月日	H R ○ 年 ○ 月 ○ 日	発病または負傷の原因	○○○○○		
	療養のため休んだ期間	R ○ 年 ○ 月 ○ 日 ~ R ○ 年 ○ 月 ○				
	上 記 の 期 間 中 に 報酬を受けた期間	R ○ 年 ○ 月 ○ 日 から R ○ 年 ○ 月 ○ 日 まで		左記期間中の報酬	○○○○○	
	障 害 年 金 又 は 障 害 手 当 金 の 受 給	☐ 有 ☒ 無 ※有の方は、年金証書・直近の支給額を証明する書類（年金支払通知書・変更通知書等）を添付してください。すべて（写）で可		老齢年金の受給	☐ 有 ☒ 無 ※有で退職後の方は、年金証書・直近の支給額を証明する書類（年金支払通知書・変更通知書等）を添付してください。すべて（写）で可	
	照 会 等 の 同 意 及 び 受 領 の 委 任	貴組合がこの請求内容について、必要に応じ、医療機関・事業主・官公庁等関係機関に照会すること 同意します。また、在籍中はこの給付金の受領を在籍している事業所に委任します。 被保険者氏名（自署） 健保 太郎				
	※ご在籍中の方は上記「受領の委任欄」にご署名いただくことにより、事業所より給与支給日に給与口座へ支給されること となります。退職された方への給付は、在籍中の最終給与振込口座にお振込みいたします。					
医 師 の 意 見 欄	傷 病 名					
	発病又は負傷の原因					
	労務不能と認めた期間					
	疾 病 又 は 負 傷 の 発 生 し た 年 月 日	年 月 日				
	労務不能と認めた 期間中の入院期間	日				
	傷 病 の 症 状 及 び 労 務 不 能 と 診 断 さ れ た 事 由 な ど (詳 細 に)	年 月 日				
	上記のとおり相違ありません。 年 月 日					
	医療機関名称 担当医師氏名 電話番号					
事 業 主 証 明 欄	労務に服さなかった期間 年 月 日 ~	左記期間中に報酬を受けた期間 年 月 日				
	※勤怠及び報酬等については、添付書類を提出してください。					
	上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日					

原則給与計算期間に（16日～15日）
にあわせてご記入ください。

該当する方にチェックし、
添付が必要な方はご用意
ください。

この欄は医師に記入してもらってください。

この欄は事業主に記入してもらってください。