

常務理事	事務長	精 算	担 当

健 保 組 合 記 入 欄	支 給 開 始	平成 令和 年 月 日	標準報酬月額	千円
	支 給 期 間	令和 年 月 日から	標準報酬日額	円
		令和 年 月 日まで	支 給 日 額 (標準報酬日額の2/3)	円
		_____ 日間	控 除 額	円
	(除く: _____)	令和 年 月 日 令和 年 月 日	支 給 額	円
	待 期 期 間	令和 年 月 日 令和 年 月 日	支 給 額	円

傷病手当金請求書 (第 回目)

被 保 険 者 の 記 入 す る 欄	被 保 険 者 記号		事業所名称				
	番号						
	傷 病 名			被 保 险 者 の 業 務 の 種 别			
	発病または負傷の年月日	平成 令和 年 月 日	発病または負傷の原因				
	療養のため労務に服する事ができなかった期間			令和 年 月 日から令和 年 月 日まで	日間		
	上記の期間中に報酬を受けた場合はその期間及び金額を記入し受けない場合は0と記入下さい			令和 年 月 日から令和 年 月 日までの分として	_____ 円		
	退職後の老齢年金、障害年金、障害手当金を受けているとき、または受けれる事ができるときは記入下さい	年 金 等 の 種 别		※ 年 金 等 の 額	円		
		支給となった事由、傷病名等					
		年金を受け取る事となった年月日		年金証書の番号			
	上記のとおり請求いたします。						
令 和 年 月 日 住 所 被保険者の 古河健康保険組合理事長 殿 氏 名 ㊞							
本請求金額の受領について _____ を代理人と定め委任いたします。							
令 和 年 月 日 被保険者氏名 古河健康保険組合理事長 殿 ㊞							

- 任意継続被保険者を除き、受領を委任する委任者名を記入し、二枚目も必ず提出して下さい。

(傷病手当金請求書 二枚目)

事業主の証明する欄	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						
	上記の期間中に報酬を支給又は支給する場合は、その期間及び金額を記入し、支給がない場合は0と記入して下さい	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間 _____円						
		※支給額がある場合には、支給額の計算式を下記に記入して下さい。						
上記の通り証明致します。								
令和 年 月 日 古河健康保険組合理事長 殿 事業主 氏名 (印)								
保険医の証明する欄	患者名				傷病名			
	発病または負傷の原因							
	発病または負傷の年月日	令和 年 月 日	療養給付開始年月日	令和 年 月 日				
	労務不能と認めた期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間	診療実日数		日		
	傷病の主症状及び経過概要							
	上記の通り証明致します。		住所 令和 年 月 日 保険医 医療機関名 氏名 (印)					

(注意事項)

※第1回目の申請時は、対象期間のタイムカード(写)と給与台帳(明細(写))を必ず添付して下さい。

(労務に服さなかつた期間中に報酬を支給した又は支給する場合は、その支給額の計算式の記載もお願いします)

※欠勤による給与控除がある場合には、その控除計算式を当該給与台帳(明細(写))の欄外に記載し添付して下さい。

※年金等の額がある場合は、その額を証明する書類の写しを添付して下さい。