

傷病手当金請求書 (第 回)

① 被保険者証の記号番号	(記号) (番号)	事業所名称	② 被保険者の業務の種類
被保険者の生年月日	年 月 日	傷病名	発病又は負傷年月日 年 月 日
老齢年金(等)受給	有・無・申請中 (有の場合は裁定通知書の写添付)	受給年月	年金証書記号番号 年 金額
障害(厚生)年金受給 (受給病名)	有・無・申請中 (有の場合は裁定通知書の写添付)	年 月から	円
発病又は負傷の原因	(いつ) 年 月 日 (曜日) 午前・午後 時 分頃 (どこで) (何をしていたどのように負傷したか) ア. 私用中 イ. 工作中 ウ. 通勤途中 エ. その他 ()		第三者行為によるものですか はい いいえ
請求期間	平成 年 月 日から	左の期間に対して給料を受けたかどうか	イ. 全部受けた ロ. 一部受けた ハ. 全部受けられる ニ. 一部受けられる ホ. 受けられない
上記の期間のうち入院した期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	入院した病院の名称	円
③上記のとおり請求する。 年 月 日			
被保険者住所 (請求者) (方)			
ふりがな () 氏名 (請求者) ㊞			
TEL			
大阪金属問屋健康保険組合理事長 様			
給付金の受領方法	銀行振込	健保組合の窓口支払い	代理人に委任
④ ふりがな () () 銀行 本店・支店 信用金庫			
口座番号 当・普 No. ふりがな () 名義人氏名			
本請求にもとづく給付金に関する権限を代理人に委任します。 年 月 日			
代理人の氏名と印	被保険者住所 (請求者)	氏名	㊞
代理人の住所			
受付年月日	支払年月日	領収書	
		¥ 円 上記の金額を領収しました。 年 月 日 氏名 ㊞	

請求者本人が記入するところ

支払銀行の欄
受取代理人の欄

被保険者氏名		労務に服さなかった期間		職場復帰について		報酬支給形態		報酬の締切日・支払日	
平成 年 月 日から	平成 年 月 日まで	ア. 欠勤中	イ. 月 日から出勤	ウ. 月 日退職予定	ア. 月給制	イ. 日給月給制	ウ. 日給制	エ. 時間給制	オ. その他 ()
出勤状況		欠勤しなかった場合の1ヶ月の報酬支払額		実際の報酬支払報酬		欠勤した場合の報酬の支給方法 (控除計算方法)		基本給は	
出勤は「○」	欠勤は「×」	有給は「有」	早退は「早」	休日は「休」	基本給	諸手当	交通費	その他 ()	
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	円	円	円	円	円	円	円	円
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	円	円	円	円	円	円	円	円
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	円	円	円	円	円	円	円	円
合計	円	円	円	円	円	円	円	円	円
うえのとおり相違ないことを証明します。 年 月 日									
事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 ㊞ 電話 ()									
患者氏名		労務不能の原因となった傷病名		発病又は負傷年月日		発病又は負傷の原因		診療開始日	
労務不能と認めた期間		1		年 月 日				年 月 日	
平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで (日間)		2		年 月 日				年 月 日	
上記期間のうち入院した期間		3		年 月 日				年 月 日	
平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで (日間)		3		年 月 日				年 月 日	
診療実日数		転 帰		(診療日を○で囲んでください)					
7. 継続	イ. 転医	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	ウ. 治癒	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						
月	日	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						
人工透析を実施、人工臓器を装着したときに記入する欄		手術年月日		平成 年 月 日		退院年月日		平成 年 月 日	
人工透析実施 人工臓器装着		昭和 年 月 日		平成 年 月 日					
人工臓器等の種類		②症状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な所見をご記入ください。							
ア. 人工透析 イ. 人工肛門 ウ. 人工関節									
エ. 人工骨頭 オ. 心臓ペースメーカー									
カ. その他 ()									
③就労の見込みについて (ア. 月 日頃から就労可能見込み イ. 現時点では不明)									
うえ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 医師氏名 ㊞ 電話 ()									

事業主が証明するところ

療養担当者が記入するところ