

被保険者の氏名欄に被保険者本人が署名（自署）したときは、押印が省略できます

No. _____

同年月日	平成	年	月	日	常務理事	事務長	会	計	扱	者	被扶養者 台帳照合印													
	支払年月日	平成	年	月								日												
	支払額		拾万	万								千	百	拾	円									
※ 支給 決議 書	支給決定の額	法	60	項	目	日	額	日	数	拾万	万	百	拾	円	資	得	年	月	日	前	始	年	月	日
		附	100																					
	支給期間	平成	年	月	日	～	平成	年	月	日	日間	備	考	決定標準報酬										

傷病手当金請求書

健康保険

(第 _____ 回目)

◎記入の方法は裏面に書いてありますからよく読んでください。
※印欄は記入しないでください。

被保険者証の記号・番号		④ 生年月日	⑤ 支給額計算	⑥ 給付記録番号	⑦ 受代理人	⑧ 受付年月日				
①	②	③	1: 明大昭平 3: 大昭平 5: 昭平 7: 平	※	※ 0: 無 1: 有	※ 年 月 日				
⑨ 被保険者(請求者)の氏名と印	(フリガナ) 東武 十郎		⑦ 事業所の名称	(株) 東武百貨店		① 業務の種別 小売業				
⑩ 被保険者(請求者)の住所	⑩ 郵便番号	⑪ 住所コード	(フリガナ) 東京都豊島区西池袋〇-〇-〇							
傷病名	⑫ 傷病コード	※	⑬ カナ	※	⑭ 年 月 日	⑮ 年 月 日				
	⑫ 傷病コード	※	⑬ カナ	※	⑭ 年 月 日	⑮ 年 月 日				
	⑫ 傷病コード	※	⑬ カナ	※	⑭ 年 月 日	⑮ 年 月 日				
	⑫ 傷病コード	※	⑬ カナ	※	⑭ 年 月 日	⑮ 年 月 日				
⑯ 老人保健法の医療を受けたとき	市町村番号		受給者番号		発行機関等					
⑰ 介護保険法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					
⑱ 発病の状態又は負傷の原因を詳しく						⑲ 第三者行為によるものですか 0: いいえ 1: はい				
⑲ 疾病又は負傷の療養をするため休んだ期間(支給期間)	平成 XX 年 △ 月 ○ 日から	平成 XX 年 △ 月 × 日まで	XX 日間	自	年 月 日	至	年 月 日			
⑳ うえの⑲に書いた期間の部分の報酬を受けましたか、又は受けられませんか	受けた	受けられない	㉑ 報酬の支払いを受けた(受けられる)ときはその報酬の額と、その報酬支払の基礎となった(なる)期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで			の分として 円			
㉒ 障害厚生年金又は障害手当金を受給していますか	㉓ 基礎年金番号		障害厚生年金又は障害手当金の受給の原因となった傷病名							
いいえ・請求中・はい										
任意継続被保険者の方	㉔ 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		いいえ・請求中・はい							
	㉕ 年金コード又は記号番号もしくは番号		年 金 額							
			円							
		円								
		円								
		円								
年 金 の 合 計 額										
円										
※	㉖ 支給回数	㉗ 支給算出額(手)	支給開始日	1	㉘ 年 月 日	㉙ 調整減額コード	㉚ 調査先コード	㉛ 海外表示	㉜ 特別支給コード	(備考)
			2	㉕ 年 月 日				0: 国内 1: 海外		

平成 年 月 日 提出

事業所 担当者印

領収書	金 円也領収いたしました。
	平成 年 月 日
	健康保険組合理事長殿
	氏名 (印)

※ 受付日付印

