

			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
		(除く: _____ 日間)				控除額 円
待期間	令和 令和	年	月	日	支給額 円	

傷病手当金請求書 (第 〇〇 回目)

被 保 者 の 記 入 す る 欄	被 保 者 証	記号 番号	事業所名称				
	傷病名		被保険者の 業務の種別				
	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、または受ける事ができるときは記入下さい	年金等の種別		※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 (印)						
	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 古河健康保険組合理事長 殿 被保険者氏名 (印)						

・ 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 ⑩	
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 ⑩

(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。

(労務に服さなかっ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。