

				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： _____)						
待 期 期 間	令和 令和	年 年	月 月	日 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 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										
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											

・ 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 氏 名						
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。 令和 年 月 日 住 所 保険医 医療機関名 氏 名 ㊞					

(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をお願いします)

※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。