

伺い年月日	平成	年	月	日	送金通知書番号	第	号	常務理事	
支給決議書	資格	取得	年	月	日	支給額		事務長	
		喪失	年	月	日				
	前回	始	年	月	日	支給期間	年	月	日間
		終	年	月	日				
	入院期間	平成 年 月 日から				被扶養者	有・無	標準報酬額	千円
		平成 年 月 日まで							
		法第46号	該 当 ・ 不該 当						
該当条文		法第55条・法第58条・法第59条			日額	円 × ×	日 =	円	
法第58条該当支給期間	年	月	日から	1日に	円	円 × 10%	×	日 =	円
	年	月	日まで	つき					

健康保険 傷病手当金請求書(第 回目)

被保険者の記入欄	記号	番号	第	号	事業所の名称						
	氏名と印 (請求書)	Ⓜ			資格取得年月日	年	月	日			
					被保険者の業務の種別						
	傷病名	発病又は負傷した日			生年月日	S	年	月	日	標準報酬月額	千円
					H						
	傷病による休業期間	平成 年 月 日から			住 所	TEL ()					
		平成 年 月 日まで				(負傷の場合は裏面に記入して下さい)					
上記期間中入院したときは	病院・診察所の名称				発病の原因						
	入院期間	年	月	日から		被扶養者	有・無	氏 名	・	生年月日	・

事業主の証明	労務に服さなかった期間	平成 年 月 日から	日間	事業主の住所(所在地、名称)氏名と印													
	上記期間を基礎として下記のとおり報酬を支給したことを証明します			Ⓜ													
	支給額	円	支給期間								月	日	TEL ()				
	支給名目	※出勤・有給(出勤有給月日を下へ明記のこと)															

診療担当医の意見	傷病名	※結核性 非結核性			発病又は負傷の日	年	月	日	発病又は負傷の原因			
	労務不能と認められた期間	平成 年 月 日から	日間	診療実日数	日	入院期間	月	日	日間	※健康保険の公費負担		
		平成 年 月 日まで										
	主症状及び経過概要 (検査結果等を入れてなるべく詳細に)	(結核性疾患の場合は安静度 度)							診療担当医の住所氏名と印			
TEL												

平成 年 月 日提出

本請求書に基づく給付金の受領を(事業主又は代理人)

Ⓜに委任します

委任者氏名
(被保険者)

Ⓜ

受信	第	号	備考
年	月	日	
鈴与健康保険組合			

(裏面参照)