

ケガや病気の療養のため会社を休んだとき

※資格取得	昭和 平成	年	月	日	標準報酬月額	平成	年	月	千円
喪失	平成	年	月	日		平成	年	月	千円

健康保険傷病手当金・延長傷病手当付加金請求書

(第 回)

(注意事項)

〇〇〇〇〇〇〇〇
 ⑥厚生年金の
 欄に記入する
 ときは、
 「第三者による
 傷病届」を添付
 して下さい。
 製造・技術・営業等
 の業務に就いて
 いる場合は、
 「厚生年金証書」
 の写を添付して
 下さい。
 ⑦傷病名は、
 ⑩欄に記入でき
 ない場合は別紙に
 記入して下さい。
 ⑪病気や負傷で療養
 のため休んだ期間
 は、
 「支払通知書」の
 写を添付して
 下さい。
 ⑫欄の期間中入院
 した期間があるとき
 は、
 「支払通知書」の
 写を添付して
 下さい。
 ⑬左記期間中に報酬
 の全部又は一部を受
 けましたか
 については、
 「支払通知書」の
 写を添付して
 下さい。
 ⑭厚生年金保険より
 (該当字句を○で囲ん
 で下さい)
 については、
 「支払通知書」の
 写を添付して
 下さい。
 ⑮払渡しを希望する
 ところ(請求者名義
 のものを記載してく
 ださい)
 については、
 「支払通知書」の
 写を添付して
 下さい。

被 保 険 者 の 記 入 す る 欄	①被保険者証の 記号・番号	記号	1	②請求者 (被保険者) の氏名と印	京瀬良 次郎	③ 印
	④請求者 (被保険者) の現住所	〒	12345	京都市伏見区1-2		
	⑤事業所の名称	京セラ(株)本社	⑥事業所で担当し ている仕事の種類	事務職		
	⑦資格取得年月日	昭和 平成	14年 1月 1日	⑨発病又は負傷の 年月日	昭和 平成	年 月 日
	⑦傷病名	糖尿病	⑩発病又は負傷の 原因 (詳しく) この欄に記入でき ない場合は別紙に	(いつ) (どこで) 自宅 (何のために、何を しているとき)		
	⑪第三者行為による ものですか	はい	いいえ	不詳		
	⑫病気や負傷で療養 のため休んだ期間	平成17年 1月 20日から 平成17年 3月 15日まで	55 日間 ただし 日 日 日 日は出勤	⑬左記期間中に報酬 の全部又は一部を受 けましたか	受けない	受けたい
	⑭ ⑫欄の期間中入院 した期間があるとき	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	日間	健康保険又は自費で 入院しましたか	健保・公費・自 費・その他	
	⑮厚生年金保険より (該当字句を○で囲ん で下さい)	傷害年金 障害手当金 老齢年金	を 受給 している していない 請求中	受けて いる ときは	年金証書の記号番号	
	⑯払渡しを希望する ところ(請求者名義 のものを記載してく ださい)	京都 銀行 本店 信用金庫 支店	普通 貯蓄 当座	口座番号	123456	口座名義人 カナ キョウセラ ジロウ 京瀬良 次郎

委 任 欄	⑯上記傷病手当金・延長傷病手当付加金の受領を			事業所社会保険担当確認印
	住所 氏名			⑰に委任します。
	銀行 本店 信用金庫 支店	普通 貯蓄 当座	口座番号 口座名義人	カナ 京瀬良 次郎
平成 年 月 日 請求者氏名				⑱

訂正印

字削除
字挿入
(注意事項)
一〇〇〇出動簿にもとづいて正しく記入してください。日曜・祭日等の公休日及び有給休暇も労務に服
一〇〇〇貨金台帳・給与明細等によって正しく記入して下さい。日曜・祭日等の公休日及び有給休暇も労務に服
一〇〇〇事業主の訂正は、その箇所又は欄外に訂正印を押しつけて下さい。訂正期間も含めて支給されているときは、報酬
一〇〇〇支給と単位とは、その箇所又は欄外に訂正印を押しつけて下さい。訂正期間も含めて支給されているときは、報酬
一〇〇〇支給と単位とは、その箇所又は欄外に訂正印を押しつけて下さい。訂正期間も含めて支給されているときは、報酬

事業主が証明する欄	⑱ 労務に服さなかった日 (該当する日を○で囲むこと)	16年 1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	計12日			
		16年 2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	計28日			
		16年 3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	計15日			
	⑲ 上記期間中に報酬支給の有	有・無	⑳ 給料の形態	月給・日給月給・日給・歩合給・その他()			
	㉑ 上記期間中に有給休暇があればその日額及び月日	日額	円	計 日			
	⑳ 上記の労務に服さなかった期間中に支払った報酬額又は今後支払われる報酬額及び支給対	本給(基本給)	350100	円	1月16日～2月15日	2月(日)分	23 給与の締切日
		通勤手当	2150	円	1月16日～2月15日	2月(日)分	
		手当		円	月 日～ 月 日	月(日)分	毎月
		手当		円	月 日～ 月 日	月(日)分	1日
		本給	0	円	2月16日～3月15日	3月(日)分	29 支払日
		通勤手当	0	円	2月16日～3月15日	3月(日)分	
		懇親会費	300	円	2月16日～3月15日	3月(日)分	毎月
		懇親会費		円	月 日～ 月 日	月(日)分	2日
	懇親会費	300	円	1月16日～2月15日	2月(日)分		
	現物	住・食・被		円	月 日～ 月 日	月(日)分	
<事業主意見欄>							
㉕ 上記のとおり相違ないことを証明します。							
平成 年 月 日							
事業所の所在地および名称							
事業主の氏名							
電話() -							

保険医が意見を記入する欄	⑳ 傷病名	①	⑳ 療養の給付開始年月日	①	年 月 日	
		②		②	年 月 日	
		③		③	年 月 日	
		④		④	年 月 日	
	㉘ 発病又は負傷の年月日	昭和 平成	年 月 日	㉙ 発病又は負傷の原因		
	㉚ 上記疾病により労務不能と認められた期間	平成 年 月 日 から	平成 年 月 日 まで	日間	左記の期間中の診療	
	㉛ 上記のうち入院加療期間	平成 年 月 日 から	平成 年 月 日 まで	日間	入院費用の別	健保・公費 自費・その他
	㉜ 傷病の主な病状及び経過の概要 (経過は月日を行って詳しく記入してください)	人工透析を実施又は人工臓器を装着した日 平成 年 月 日				
		ア. 人工肛門 イ. 人工膀胱 ウ. 人工関節 エ. 人工骨頭 オ. 心臓ペースメーカー カ. 人工透析 キ. その他()				
	㉝ (㉚)欄最終日時の転帰	繰越・治癒・中止・転医・死亡(月 日)				
㉞ 上記のとおり相違ありません。						
平成 年 月 日 医療機関の所在地						
名称						
医師名						
電話() -						

(注意事項)
〇〇〇〇合併症の場合はすべて記入して下さい。特に労務不能と認められた傷病の症状、経過をわかりやすく記入して
〇〇〇〇合併症の場合にはすべて記入して下さい。特に労務不能と認められた傷病の症状、経過をわかりやすく記入して
〇〇〇〇合併症の場合にはすべて記入して下さい。特に労務不能と認められた傷病の症状、経過をわかりやすく記入して
〇〇〇〇合併症の場合にはすべて記入して下さい。特に労務不能と認められた傷病の症状、経過をわかりやすく記入して