

支給 支払 決議書			理事長	常務理事	事務長	係	資格取得日	昭・平・令 年 月 日												
							資格喪失日	令和 年 月 日												
	支給額						平均月額	円												
	支給開始日		令和 年 月 日					平均日額	円											
	支給期間		自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日 日間					支給日額	円											
	全部 一部 不支給	期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間					障害年金額	円 (日額 円)											
			円					老齢(退職)年金額	円 (日額 円)											
理由							備考													

傷病手当金請求書(第 回)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の記号番号			記号	番号	事業所名称							
	被保険者(申請者)の 氏名						被保険者の 生年月日	昭和		年	月	日	
	被保険者(申請者)の 住 所			〒			電 話						
	被保険者の業務の種類 (職場での具体的な仕事の 内容をご記入ください)												
	傷 病 名						第三者行為によるものですか			はい ・ いいえ			
	発病又は負傷の年月日			平成 年 月 日			発病又は 負傷の原因						
	疾病又は負傷で療養の ため休んだ期間			自 平・令 年 月 日 至 平・令 年 月 日 日間			左の期間に報酬支払を 受けたとき、又は受けら れるときはその期間 及び報酬の額			自 平・令 年 月 日 至 平・令 年 月 日 日間 円			
	障害厚生年金、 老齢厚生(基礎)年金等 の受給の有無			該当を○で囲んでください 1.受給中 2.請求中 3.いずれも該当しない			上記、1または2 と回答された方			受給の要因となった傷病名 種 類 1. 障害厚生年金 2. 障害手当金 3. 老齢厚生(基礎)年金 支給開始 年月日 平・令 年 月 日 年金額 円			
	振 込 先 指 定 口 座	銀行 金庫 信組 本店 支店 農協 その他() 出張所 本所 支所											
		普通・当座	口座 番号				口座名義人			(フリガナ)			

令和 年 月 日 上記のとおり申請します

委 任 代 理 人 の 欄	委任状	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。 令和 年 月 日 被保険者 氏 名 住 所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ (請求者) _____	
		代理人 住 所 _____ 氏 名 _____	
領 収 証	金 円也 令和 年 月 日 うへの金額を領収いたしました。 リケン健康保険組合理事長 殿 受領者 住 所 _____ 氏 名 _____		

(注)死亡した被保険者のため休業し、その間に報酬の支給を受けた期間があっても「労務に服できなかった期間」に含めること。

健保受付日付印

労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間の勤務状況および賃金支払状況等をご記入ください。

事 業 主 が 証 明 す る と こ ろ	被保険者氏名																																	
	勤務状況:第1回目の請求は直近3ヵ月の状況を、2回目以降は請求月の状況をご記入ください。 【出勤は○】で、【有給は△】で、【公休は公】で、【欠勤は/】でそれぞれ表示してください。																															出勤	有給	
	平・令 年 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	31	計	日	日
	平・令 年 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	31	計	日	日
	平・令 年 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	31	計	日	日
	①労務に服することができなかった期間に対して、賃金を支給しました(します)か？		給与の種類を ○で囲んでください										賃金計算																					
			☐ はい ・ ☐ いいえ										月給	日給	日給月給	締 日		日																
	②労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況を下欄に記入してください。		時間給	歩合給	その他	支払日	当月 翌月	日																										
	支給した(する)賃金内訳	期間	単価	月 日 ~ 月 日 分	月 日 ~ 月 日 分	賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)について記入をしてください。										労務に服さなかった期間中に報酬を支給したか又は支給されるものであるときは額と日数																		
		区分		支給額	支給額											自 平・令 年 月 日 至 平・令 年 月 日 日間 円																		
基本給																																		
職務手当																																		
作業手当																																		
家族手当																																		
通勤手当																																		
超過勤務等手当																																		
手当																																		
合 計																																		
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日																																		
事業所所在地																																		
事業所名称																																		
事業主氏名 電話 ()																																		
傷病手当金の初回申請時には、申請期間とその前1ヵ月分の賃金台帳・出勤簿(タイムカード)の写しの添付をお願いします。 例)申請期間2月6日～3月18日(賃金締日20日)の場合 ①1月21日～3月20日(申請期間分)、②12月21日～1月20日(申請期間の前1ヵ月分)の添付をお願いします。																																		

療 養 担 当 者 が 意 見 を 記 入 す る と こ ろ	患者氏名																																
	傷病名		療養の給付 開始年月日 (初診日)										平成 年 月 日																				
	発病または 負傷の年月日	平成 年 月 日 ☐ 発病 ☐ 負傷	発病または 負傷の原因																														
		平・令 年 月 日から 日間																															
	労務不能と 認めた期間	平・令 年 月 日から 日間	療養費用の別 ☐ 健保 ☐ 公費() ☐ 自費 ☐ その他										転帰		☐ 治癒 ☐ 中止 ☐ 繰越 ☐ 転医																		
	うち入院期間	平・令 年 月 日から 日間 入院																															
	診療実日数	診療日を ○で囲んで ください。	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 31																														
			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 31																														
			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 31																														
	上記の期間中における「主たる症状および経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等(詳しく)																																
症状経過からみて従来の職種について労務不能と認められた医学的な所見																																	
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日																																	
医療機関の所在地																																	
医療機関の名称																																	
医師の氏名 電話 ()																																	

本紙に記載された個人情報、傷病手当金を支給決定する目的のみに使用し、目的の範囲を超えての利用は致しません。