

被保険者証の 記号と番号	No		部署名		事業所の名称	
	123-4567		〇〇部		〇〇(株)	
	発病又は負傷年月日		令和〇〇年 XX 月△△日	負傷の原因	わかる範囲で	
	傷病名		〇〇病	労務に服することが出来なかった期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間 ただし 月 日から 月 日まで 日間出勤	
	病院又は診療所等に 収容されたときは	入院期間 令和〇〇年 XX 月△△日から 令和〇〇年 XX 月△△日まで	被扶養者のいるときは その者の氏名、生年月日		(法108条) 労務に服することが出来なかった期間中に、事業主から報酬の全部又は一部を受けたとき又は受けうるときは、その報酬額及び期間	
(名称)	〇〇病院	大建 花子		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間 ¥		
(所在地)	〇〇市 XX 町	S〇〇年 XX 月△△日				
老人保健法該当者であるときは、医療受給者証の						
市町村番号		受給者番号		発行機関名		
上記により請求します。 令和〇〇年 XX 月△△日 大建工業健康保険組合理事長殿		送金希望の場合は 送金方法と送金先		銀行 支店普 NO 名義人氏名 (カナ)		
		被保険者 (請求者)		住所〇〇市 XX 町△△丁目 12-34-56 氏名 大建太郎 (印)		
傷病名		診療 実日数	日	令和 年 月 日療養の給付開始		
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	左記のうち 入院期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間		
発病又は負傷の年月日及びその原因、傷病の主症状及び経過の概要、その他支給決定上の参考事項		*病院の証明				
令和 年 月 日		医療機関所在地・名称 及び医師氏名 (印)				
事業主証明欄		令和 年 月 日から 労務に服さなかったことを証明する 令和 年 月 日まで 日間 ただし 月 日から 月 日まで 日間出勤 上記期間中令和 年 月 日から令和 年 月 日まで 日間 ¥ 報酬を支給したこと(支給すべきものであること)を証明する		大阪市北区中之島 3-2-4 大建工業株式会社 事業主 *会社の証明 代理人 (印)		
支給 (支出) 決定		令和 年 月 日	常務 理事 (印)	支給 決定伺	本件支給決定のうえ 通知してよろしいか 事務長・係 (印)	
支給決定通知		出納日印		出納係		
令和 年 月 日				(印)		
委任欄 表記傷病手当金受領方 大建工業(株) 令和〇〇年 XX 月△△日 大建工業健康保険組合理事長殿 に委任します 被保険者 氏名 大建 太郎 (印)						

＊注意事項

1. 標題「第 回目請求」欄には、同一疾病、負傷又はこれにより発した疾病について、傷病手当金の請求をした回数を記載すること。
2. 「病院又は診療所等に収容されたときは」欄には、健康保険法による収容の外、他の法令の規程により、国又は公共団体の負担において収容された場合も記載すること。
3. 「労務に服することができなかった期間中に、事業主から報酬の全部又は一部を受けたとき、又は受けるときはその報酬額及び期間」欄には、労務に服することができなかった期間中において、労務に服した日、又は一日中で数時間を労務に服したときも、又労務に服することができなかった期間中において、報酬の全部又は一部を受けたとき、若しくは受けることのできる時もその報酬額及び期間を記載すること。
4. 「医師意見」欄の印、医師個人印でなくてはならない（病院名印はいけない）。