

健康保険 被保険者 傷病手当金 請求書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	健康保険 被保険者証	記 号 一 番 号 —	健康保険証 事業所名称				
	傷 病 名		被 保 険 者 の 業 務 の 種 別	・技術研究・企画事務・営業・技能 ・サービス・その他()			
	病気または ケガの原因		第 三 者 行 為 に よ る も の で す か	・はい ⇒健保への届出(有・無) ・いいえ			
	療 養 の た め 休 ん だ 期 間	年 月 日から 年 月 日まで 日間	左記の期間中障 害年金等の支給 を受けましたか	・受けた ⇒ (円) ・受けていない			
	上記の給付金を請求します。 年 月 日 被保険者の 住 所 氏 名 ダイキン工業健康保険組合 理事長 殿						
傷病手当金の受取口座 (初回請求の場合にのみ、被保険者 名義の銀行口座を記入ください)		銀行名	銀行コード	支店名 (フリガナ)	店番号	種別 普通	口座番号

医 師 が 証 明 す る と こ ろ	傷 病 名		発 病 ま た は 負 傷 の 原 因				
	発 病 ま た は 負 傷 年 月 日	年 月 日	診 療 を 開 始 し た 年 月 日	年 月 日			
	労 務 不 能 と 認 め た 期 間	年 月 日から 年 月 日まで 日間	・左記期間中の診療実日数 (日) ・傷病の主症状および経過概要				
	上 記 の 期 間 の うち入院した期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間					
	上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 医療機関の 所在地 名 称 医 師 の 氏 名						

事 業 主 が 証 明 す る と こ ろ	労務に服さな かった期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間	退職年月日	年 月 日	証明担当印
	報酬支給状況	上記の期間に対する報酬支給状況 ⇒		支給しない ・ 一部支給 ・ 全額支給	
	および 期間と金額	年 月 日から 年 月 日まで	・ 1ヵ月分 ・ () 日分	計 _____ 円 日給制の場合は日額 (円)	
	上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 事業所の 所在地 名 称 事業主の 氏 名				