

記入例

支給決定欄…健康保険組合使用欄(記入不要)
 被保険者記入欄…申請者本人が記入する欄
 療養担当医師 意見欄…申請者が担当医師に依頼し、記入してもらう欄
 事業主証明欄…申請者が事業主に提出したあとと事業主が記入する欄(記入不要)

支給決定欄	前回までの支給期間	年 月 日 ~ 年 月 日	日間
	支給期間	年 月 日 ~ 年 月 日	日間
	標準報酬月額		円
	傷病手当金日額		円
	傷病手当金付加金日額	円 × 日	円

健保記入欄

被保険者記入欄の
赤字部分を

傷病手当金請求書

被保険者(申請者)記入欄	被保険者等 記号・番号	11 - 1000	事業所の名称	石原産業株式会社
	傷病名	* 医師意見欄と同様に記入ください 〇〇病	発病又は負傷の 年月日	* 医師意見欄と同様に記入ください H・R 不詳年 月 日
	発病又は負傷の 原因	* 医師意見欄と同様に記入ください 不詳		
	労務に服することが できなかった期間	R 〇年 5月 15日 ~ R 〇年 5月 28日	14日間	
	病院又は診療所に 入院したとき	所在地 〒***-**** 大阪市△区〇〇1丁目3-15 名称 医療法人☆☆会 〇〇病院 R 〇年 5月 15日 ~ R 〇年 5月 20日	10日間	障害年金・障害手当金 公的年金等の受給有無 有・無 負傷は交通事故又はその他 第三者によるものですか はい いいえ
記入欄	石原産業健康保険組合理事長 殿 上記によって請求します。		20XX年6月6日	
	氏名自筆の場合 捺印不要		被保険者の住所 〒***-**** 大阪市□□区△△5丁目4-3-210 被保険者氏名 健保 太郎 生年月日 S・R 51年 10月 24日	

療養担当医師 意見欄	傷病名	発病又は負傷の 年月日	H・R 年 月 日
	発病又は負傷の 原因		
	労務不能と認められた期間	日間	
	療養実日数	日	療養費の額
	傷病の主症状 経過概要及び 参考事項		
	この欄は医療機関で 担当医師に記入 してもらってください		
	療養担当医師意見欄には 医師の証明が必要ですので 申請者が依頼して記入し		

事業主 証明欄	上記期間中に支給した 報酬額及び期間	R 年 月 日 ~ R 年 月 日 (日間)	※待機期間を (含む・含まない)
	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	全欠
	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	全欠
	上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日		
	事業所所在地		
	事業所名称		
	事業主氏名		

※給付は事業主委任が基本となります(給与に合わせて支給)。公金口座受取を希望される方は 「保険給付について公金受取口座を利用することの届出」をあわせてご提出ください。