

(被保険者 事業主 健康保険組合)

支給年月日	令和 年 月 日
支給額	¥ 円
支給開始	年 月 日
支給期間	自 年 月 日 日間 至 年 月 日
前回支給日	年 月 日
標準報酬月額	月額 円 (日額 円)

決定	令和 年 月 日	
常務理事	事務長	担当者

傷病手当金請求書 (第 回)

日本化薬健康保険組合理事長殿

令和 年 月 日

(被保険者)

住所

氏名

下記のとおり申請します

被保険者証の 記号と番号	記号	番号	資格取得	年 月 日
			資格喪失	年 月 日
事業所の名称		業務の内容	標準報酬	千円
傷病名			発病又は負傷 の年月日	平成 年 月 日 令和
発病又は負傷 の原因			第三者行為に よるものか	はい・いいえ
労務に服することが できなかった期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		日間	
上記期間の報酬の全部 又は一部を受けた(受 けられる)期間と報酬 額	年 月 日から 年 月 日まで		日間	円 受けた報酬額(受けられる報酬額)
上記期間で 入院したとき	病院名			
	病院の所在地			
	入院した期間	令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで	日間

委任状	表記請求金額の受領を _____ に委任します 令和 年 月 日 被保険者氏名
-----	---

受付日付印

事業主の証明	労務に服さなかった期間	令和 年 月 日から 年 月 日まで	日間
	上記期間に報酬を支給した(支給すべき)場合はその額	支給した額 (支給すべき) 円	上期期間の一部について支給した(支給すべき)場合は、その期間の金額 円
	上記の内容に相違ないことを証明します 令和 年 月 日 所在地 事業主 名称 氏 名		

保険医の意見	傷病名	発病又は負傷の原因		
	結核性の疾病であるか否か	結核性・非結核性		
	発病又は負傷の年月日	令和 年 月 日	療養の給付を開始した年月日 令和 年 月 日	
	労務不能と認められた期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間 診療実日数 日間	
	傷病の主症状および経過概要	入院した期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間
		上記のとおり相違ありません 令和 年 月 日 名称 医療機関 所在地 医師名		

受付日付印