

(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1回)

日本化薬健康保険組合理事長殿

令和 元 年 6 月 20 日

(被保険者)

住所 北九州市〇〇区〇〇1-2-3

氏名 健保太郎

下記のとおり申請します

被保険者証の記号と番号	記号 629 番号 000000	資格取得	令和元 年 5 月 1 日		
		資格喪失	年 月 日		
事業所の名称	〇〇自動車学校	業務の内容	事務	標準報酬	160 千円
傷病名	右足骨折	発病又は負傷の年月日	平成 令和元 年 5 月 10 日		
発病又は負傷の原因	転倒	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	令和元 年 5 月 10 日から 令和元 年 6 月 15 日まで 36 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 受けた報酬額(受けられる報酬額) 円				
上記期間で入院したとき	病院名	〇〇整形外科医院			
	病院の所在地	北九州市〇〇区××町△-△			
	入院した期間	令和元 年 5 月 10日から 令和元 年 6 月 10日まで 31 日間			

委任状	表記請求金額の受領を (株)〇〇自動車学校 に委任します 令和元 年 6 月 20 日 被保険者氏名 健保太郎
-----	---

受付日付印

事業主の証明	労務に服さなかった期間	令和 元 年 5 月 10 日から 年 6 月 15 日まで	36 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) 0 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 0 円
	上記の内容に相違ないことを証明します 令和 元 年 6 月 23 日 所在地 北九州市小倉北区西港町15-5 事業主 名称 (株)〇〇自動車学校 氏 名 〇〇〇〇		

保険医の意見	傷病名	右足骨折	発病又は負傷の原因	転倒
	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 元 年 5 月 10 日	療養の給付を開始した年月日	令和 元 年 5 月 10 日
	労務不能と認められた期間	令和 元 年 5 月 10 日から 令和 年 6 月 15 日まで	36 日間	診療実日数 31 日間
	傷病の主症状および経過概要	入院した期間 令和 元 年 5 月 10 日から 令和 元 年 6 月 10 日まで 31 日間		
	上記のとおり相違ありません 令和 元 年 6 月 20 日 名称 〇〇整形外科医院 医療機関 所在地 福岡市〇〇区××町 医師名 △ △ △ △			

受付日付印