

支給決定伺	年 月 日			支給金額	
常務理事	事務長	業務課長	係	支給期間	支給金額
				年 月 日から	—
				年 月 日まで	日間
一部不支給	期間	年 月 日から	日間	法55条の2 該当	年 月 日資格喪失
	理由	1. 期間満了のため			標準報酬額
		2. 有給のため			千円
		3. 支給済のため		法108条 該当	(日額) (円)
		4. 業務不能でないため			これまで支給期
					備

負傷原因を詳しく記入してください

該当する方を○で囲んでください

健康保険 傷病手当金支給請求書 (第 回 目)

被保険者が記入するところ	被保険者証の記号・番号	〇〇 ・ 〇〇	被保険者住所 (請求者) 氏名	三重県〇〇市〇〇町 三重 太郎
	資格取得年月日	〇〇年 〇月 〇日	業務の種類 (くわしく)	営業
	発病又は負傷の年月日	令和2年 2月 1日 午前 3時 50分	発病又は負傷の原因等	自宅を掃除中、階段を踏み外したことによる打撲・捻挫
	病気又は負傷の療養をするため休んだ期間 (請求期間)	令和2年 2月 1日から 令和2年 3月 16日まで 45日間	左の期間中の月に報酬の支払を受けたとき又は受けられるときはその期間と額	令和2年 3月 1日から 2年 3月 31日まで 3月分通勤手当・家族手当 の分として 20,000 円
	入院したとき 入院期間	令和2年 2月 1日から 令和2年 2月 29日まで	入院した医院の所在地・名称	三重県〇〇市〇〇町 〇〇病院
	振込希望の銀行名	銀行	支店	(普通・当座) フリガナ 名義人
	傷害年金・障害手当金又は老齢年金を受給していますか	いいえ ・ 申請中 ・ はい		

ア、請求期間に対する賃金の計算期間の出勤状況を出勤簿で確認して記入してください。
イ、欠勤日は「〇」、有給休暇は「×」、日、祝日・定休日は赤「〇」を記入してください。

出勤状況	令和2年 2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
	令和2年 3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
	年月日	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

本来支給すべき額を記入してください

該当する方を○で囲んでください

ア、請求期間に対する賃金の計算期間の出勤状況を出勤簿で確認して記入してください。
イ、欠勤日は「〇」、有給休暇は「×」、日、祝日・定休日は赤「〇」を記入してください。

支払状況	賃金の種別	月給	通勤手当	家族手当	残業手当	手当	手当
	正常勤務時間の報酬	300,000 円	10,000 円	10,000 円	円	円	円
	2月 1日 ~ 2月 29日	0 日分	0 日分	0 日分	日分	日分	日分
	3月 1日 ~ 3月 31日	15 日分	31 日分	31 日分	日分	日分	日分
実際に支給した額を記入してください	賃金の種別	月給	通勤手当	家族手当	残業手当	手当	手当
2月 1日 ~ 2月 29日	0 日分	0 日分	0 日分	日分	日分	日分	
3月 1日 ~ 3月 31日	15 日分	31 日分	31 日分	日分	日分	日分	
賃金	締切日	毎月 末 日	賃金の支給形態	月給 (年 月 日)	日給	時給	
	支給日	毎月 5 日		日給	時給		
	給与支給期間	1 日から 末 日まで		(該当のものを○で囲んでください)			
				支給日	翌月 5 日		

実際に支給した額を記入してください

事業主印を忘れずに押印してください

受付日付印

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和2年 4月 1日

事業所の所在地・名称 〒〇〇〇-〇〇〇〇 三重県〇〇市〇〇町
株式会社〇〇〇〇
事業主氏名 代表取締役社長 伊勢一郎

事業主印

記入もれのないように

医師 が 意 見 を 記 入 す る と こ ろ	傷病名			発病又は 負傷の原因				
	発病又は負傷の年月日	年	月	日	診療開始年月日	年	月	日
	労務不能と認められた期間	年	月	日から	日間	左の期間における診療実日数		日
	主症状及び経過の概要							
	入院期間	年	月	日から	年	月	日まで	
		年	月	日	医療機関の名称及び 医師の住所氏名			

【記載上の注意】

1. 印はハッキリと押し、印もれのないようにご注意ください。
2. 記載事項を訂正するときは、その個所に各記載者の印で訂正印を押してください。
3. 業務の種別は、具体的に（例えば整備員、販売員、事務員等）記載してください。
4. 事業主の証明印は、法人の場合、事業所印と職印を押してください。
5. 被保険者（本人）が喪失後に受領するとき、被保険者名義の希望する振込金融機関名を記入してください。

退職者・任意継続被保険者以外の方は忘れ

委 任 状

この請求金額の受け取り方を _____ に
委任します。

年 月 日

被保険者氏名印

印

(注意) 申請印と委任状印は同じ印を押印してください。