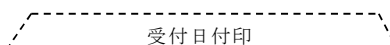


健 保 記 入 欄	支給期間	自 平成 年 月 日	日間	標準報酬	月額	
		至 平成 年 月 日			日額	
	支給額 算定式	円 × 日 = 円			法定日額	

健康保険傷病手当金支給申請書 (第 回)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証 の記号番号	記号 番号	被保険者 資格取得日	平成 年 月 日	被保険者 資格喪失日 (喪失後の場合)	平成 年 月 日	
	被保険者 氏名	フリガナ	被保険者 住 所	〒			
	生年月日	昭和・平成 年 月 日	電話	()			
	事業所名 及び電話	電話 () 内線 ()					
	傷 病 名					発病又は 負傷年月日	平成 年 月 日
	発病の状態 又は負傷の 原因を詳しく					第三者の行為に よるものですか	いいえ ・ はい
	傷病又は 負傷で療養 するため 休んだ期間	平成 年 月 日 から	日間	平成 年 月 日 まで			
	うえに書いた期間の部分の報酬(賃金)を 受けましたか、又は受けられますか	現在まで	受けた ・ 受けない		将 来	受けられる ・ 受けられない	
	報酬支払を受けたとき(受けられる)ときは、 その報酬の額と、その報酬支払の基礎となった (なる) 期間	平成 年 月 日から	の日分として				円
	障害厚生年金又は障害手当金受 給の有無	有 ・ 無 ・ 請求中	基礎年金番号		—		
	受給病名	障害厚生年金、 手当金の額		円			
	任意継続被保険者 ・資格喪失者の方	老齢又は退職を事由とする公的年金受給の有無		年金コード又は記号番号もしくは番号		年金額	
		有 ・ 無 ・ 請求中			円		
						円	
	無職無収入 の証明	平成 年 月 日から	日間 無職無収入でありました。				
	平成 年 月 日まで						

支 払 金 融 機 関	銀行 金庫	本店 支店
	金融機関コード()	店番号 ()
	預金 種別	口座番号
	フリガナ	
	口座名義 ※被保険者名義	

平成 年 月 日提出
 受付日付印

事業主が証明するところ	労務に服さなかった期間		平成 年 月 日 から	日間	給与の締日 及び 支払日		
			平成 年 月 日 まで		日締 日払		
	申請期間中の分として支払う報酬関係	①全額支給した場合又は支給する場合	平成 年 月 日 から	平成 年 月 日 まで	日間	の分として 金 月 日 円 (月 日支払)	
		②一部支給した場合又は支給する場合	平成 年 月 日 から	平成 年 月 日 まで		の分として 金 月 日 円 (月 日支払)	
			③現在まで又は将来も支給しない場合は、その旨	平成 年 月 日 から	平成 年 月 日 まで	の分の報酬は、現在までも将来も支給しません。	
上記のとおり相違ないことを証明します。					平成 年 月 日		
所在地							
事業主 名 称							
氏 名 ㊟							
電 話							

療養を担当した医師が意見をかくところ	傷 病 名						
	発 病 又 は 負 傷 年 月 日		平成 年 月 日				
	療養の給付を開始した年月日		平成 年 月 日				
	発 病 又 は 負 傷 の 原 因						
	労 務 不 能 と 認 め た 期 間		平成 年 月 日 から	平成 年 月 日 まで	日間	左の期間中の 診療実日数	日間
	傷 病 の 主 状 態 概 要 及 び 経 過						
	う え の 期 間 中 に 入 院 し た 期 間 が あ る 場 合 は そ の 期 間		平成 年 月 日 から	平成 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。					平成 年 月 日		
医療機関所在地							
医療機関名							
医師の氏名 ㊟							
電 話							

社会保険労務士の 提出代行者の印	㊟
---------------------	---