支給額		円
内訳	傷病手当金	円
	傷病手当付加金	円
支給開始	令和　年　月　日	
支給期間	令和　年　月　日 令和　年　月　日	日間
前回	令和　年　月　日 令和　年　月　日	
標準報酬月額	千円（第　等級）	
障害年金等の金額	円（日額　円）	

＊上記枠内は記入しないで下さい。

決議					

受付年月日	令和　年　月　日
伺年月日	令和　年　月　日
決裁年月日	令和　年　月　日
資格取得日	昭平令　年　月　日
資格喪失日	令和　年　月　日
支払年月日	令和　年　月　日
備考	

傷病手当金・傷病手当付加金　請求書　（第　回目）

被保険者が記入するところ

①被保険者等記号番号	記号　○○○○　番号　○○○○	②被保険者の業務の種別	技術員
③傷病名	胃　潰　瘍	④発病又は負傷の年月日	令和○○年○○月○○日
⑤発病又は負傷の原因	食事の際に痛みや吐き気があるが原因は不明		
⑥労務に服することができなかった期間	令和○○年○○月○○日　～　令和○○年○○月○○日　（○○）日間		
⑦上記期間の報酬の全部又は一部を受けることができるときはその報酬額及び期間	令和　年　月　日　～　令和　年　月　日　（　）日間		
	受ける報酬額　円		
⑧障害厚生年金又は障害手当金を受けられるとき	a 年金の種別　障害厚生年金　・　障害手当金	b 年金額	円
	c 年金の支給事由となった傷病名		
	d 年金を受けることとなった年月日	令和　年　月　日	
	e 障害年金証書の記号番号		

⑨

上記のとおり請求します。　　令和○○年○○月○○日

日本ケミコン健康保険組合　理事長　殿

被保険者
住所　東京都○○市○○町○○丁目○○番地○○号
氏名　健　保　裕次郎
電話　○○　（○○○○）○○○○

療養を担当した医師が意見を書くところ

⑩傷病名		⑪発病又は負傷の原因	
⑫発病又は負傷の年月日	令和　年　月　日	⑬療養給付開始年月日	令和　年　月　日
⑭労務不能と認めた期間	令和　年　月　日～令和　年　月　日　日間	⑮診療実日数	日間
⑯傷病の主症状経過概要			

上記のとおり相違ありません。　　令和　年　月　日

住所
職名　（　医師　）　氏名　　㊞
電話　（　）

委任状

本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。　　令和　年　月　日

被保険者（申請者）　住所
氏名

代理人　住所
氏名

委任者と代理人の関係
〔　〕

振込希望の金融機関　銀行・金庫・農協　支店　普通・当座　第　号

受付日付印

氏名		傷手　No.3-3

事業主が証明するところ

基本給＋是正給		○○○○○○ 円	④標準報酬月額	○○○ 千円（⑤ ○○○○ ）円
諸手当	①諸手当	○○○○○ 円	⑥日額（③÷３０）	○○○○○ 円
	②欠勤控除対象手当	○○○○○ 円	≪備考≫	
③合計		○○○○○○ 円		
労務に服さなかった期間		令和○○ 年 ○○ 月 ○○ 日 ～ 令和○○ 年 ○○ 月 ○○ 日　○○ 日間		

労務不能期間中の就労状況

○有給　×欠勤　□休日
（何れかを記入してください）
労務不能以外は＝線で抹消する

（ ○○ 月）
1 2 3 □4 □5 ◯6 ◯7 8 10 □11 □12 13 14 15
16 □17 □18 19 20 21 22 ~~23~~ □24 □25 26 27 ~~28~~ ~~29~~ ~~30~~ ~~31~~

（ ○○ 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

（　　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

（　　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

⑦給与が全額支給の場合の理由		○月○日～○月○日まで有給により全額支給		
給与に一部支給がある場合	⑧（ ○○ ）月分給与	令和○○年○○月○○日 ～ 令和○○年○○月○○日	⑨(稼働日数 ○○ 日)	
	⑩⑧中の欠勤開始～終了	令和○○年○○月○○日 ～ 令和○○年○○月○○日	⑪(暦日数 ○○ 日)	
	⑫⑩中の就労状況	有給（ ○○ 日）　⑬欠勤（ ○○ 日）　休日（ ○○ 日）		
	計算内訳	一部支給期間	計算式	1日当たりの額
		○○／○○～○○／○○	① ○○○○ 円 / ⑨ ○○ 日 ×⑬ ○○ 日 ÷⑪ ○○ 日	○○○○ 円
	⑭（ ○○ ）月分給与	令和○○年○○月○○日 ～ 令和○○年○○月○○日	⑮(稼働日数 ○○ 日)	
	⑯⑭中の欠勤開始～終了	令和○○年○○月○○日 ～ 令和○○年○○月○○日	⑰(暦日数 ○○ 日)	
	⑱⑯中の就労状況	有給（ ○○ 日）　⑲欠勤（ ○○ 日）　休日（ ○○ 日）		
	計算内訳	一部支給期間	計算式	1日当たりの額
		○○／○○～○○／○○	① ○○○○ 円 / ⑮ ○○ 日 ×⑲ ○○ 日 ÷⑰ ○○ 日	○○○○ 円
⑳給与を支給しない場合の理由		○月○日～○月○日までは、給与（賃金）規程第○条により支給しない		
備考				

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日

事業主
住所　東京都○○区○○町○○丁目○○番地○○号
氏名　○○○○株式会社　代表取締役社長　○○○○
電話　○○　（ ○○○○ ）　○○○○

＊健保組合使用欄

標準報酬月額	千円（　／　～　千円）				備考			
労務不能期間	令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日　日間							
	日数①	法定日額②	給与日額③	差引支給額④	法定支給額①×④	付加日額⑤	差引支給額⑥	付加給付額①×⑤又は⑥
支給計算内訳	/ ～ /							
	/ ～ /							
	/ ～ /							
	/ ～ /							
	/ ～ /							
	/ ～ /							
	/ ～ /							
	/ ～ /							
	合計							

＊欄は、記入しないでください。