

記入例

受付年月日	年	月	日
伺年月日	年	月	日
決裁年月日	年	月	日
資格取得	年	月	日
資格喪失	年	月	日
標準報酬月額平均	円		
障害年金額・日額	円(日額 円)		
障害手当金額			
全部・一部 不支給	期間	年 月 日から 日間	円
	理由	年 月 日まで	

被保険者等記号・番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認するための添付書類が必要です。)

傷病手当金請求書 (第 1 回目)

備考欄

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	①被保険者等 記号・番号	1 — 99999			②被保険者の 業務の種別	眼鏡販売			
	③事業所の名称 及び所在地	名 称	㈱キクチメガネ			所 在 地	名古屋市東区泉2-5-5		
	④資格を取得した 年月日	平成 10 年 4 月 1 日			⑤標準報酬月額	記入不要 千円			
	⑥発病又は負傷の 年月日	令和 7 年 5 月 1 日			⑦傷病名	右足骨折			
	⑧発病又は負傷の 原因	令和7年5月1日午前9時頃、休日に自宅の階段を降りるとき段を踏み外して転倒、右足を負傷した。							
	⑨労務に服することが できなかった期間	令和 7 年 5 月 1 日から			46 日間				
	記入がわからない場合は、 人事統括部で記入してもらってください	令和 7 年 6 月 15 日まで							
		令和 7 年 5 月 1 日から			3 日間				
		令和 7 年 5 月 3 日まで							
	⑩上記期間の報酬の全部又は 一部を受けたとき、又は受ける ことができるときは、その報酬額 及び期間	受けた報酬額 円			人事統括部で記入 円				
			受けることができる報酬額 円						
	⑪第三者行為によるものですか	はい ・ いいえ			⑫労災保険をうけていますか	はい ・ いいえ			
	⑬障害年金、障害手当 金を受けているとき又 は受けることができる とき	(ア)年金 の種別	障害年金 ・ 障害手当金		(イ)年金額	(ウ)年金の 支給事由と なった傷病名			
		(エ)年金を受けるこ ととなった年月日	年 月 日		(オ)障害年金を受けている 場合は障害年金証書の 記号番号				
	⑭資格喪失者の方	(ア)老齢又は退職を事由とする公的年金を受給していますか？				はい ・ 請求中 ・ いいえ			
	(イ)年金の名称			(ウ)年金額	(エ)受給 年月日	年 月 日			
⑮振込希望の金融機関	金融機関名	〇〇 銀行・信金・農協			〇〇 支店				
	口座番号	(普通・当座 1234567)		口座名義 (カタカナで記入)	キクチ タロウ				
上記のとおり請求します。 令和 7 年 6 月 25 日									
被保険者の 住 所 〒461-〇〇〇〇 名古屋市東区××町 1-1 氏 名 菊池 太郎									
キクチ健康保険組合 殿									

事業主が証明するところ	⑯ 労務に服さなかった期間		年 月 日から 年 月 日までの 日間															
	出勤は○ 有給は△ 公休は公 欠勤は×		会社が証明します															
			6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 1 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31															
			年 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 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															
	⑰ 上記の期間中の分として支払う報酬関係	(ア) 全額支給した場合、又は支給する場合	年 月 日から 年 月 日まで				金 円				(日 額 金 円)							
		(イ) 一部支給した場合、又は支給する場合	年 月 日から 年 月 日まで				金 円				(日 額 金 円)							
		(ウ) 現在までもまた将来も支給しない場合は、その旨																
	上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日																	
	事業主 住所氏名																	
電話番号 ()																		

療養を担当した医師が意見をかくところ	⑱ 傷病名			⑲ 発病又は負傷の原因			
	⑳ 発病又は負傷の年月日	年	開始した		年 月 日		
	㉒ 労務不能と認めた期間	年 月 日から	日間	㉓ 診療日数	日間		
		年 月 日まで					
	㉔ 傷病の主症状および経過概要	入院した期間	年 月 日から 年 月 日までの 日間				
上記のとおり相違ありません。 年 月 日							
医 師 住所氏名							
電話番号 ()							