

## 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 障害手当金額	円(日額)
全部・一部 不支給	期間 年 月 日から 年 月 日まで 日間 円
	理由

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	(株)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日前午前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労務に服すことができなかつた期間	令和 7 年 5 月 1 日から 令和 7 年 6 月 15 日まで 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 5 月 1 日から 3 日間				
	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 ことができるときは、その報酬額 及び期間	令和 7 年 5 月 3 日まで 受けた報酬額 受けることができる報酬額 人事統括部で記入 円 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	○○ 銀行・信金・農協			○○ 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 氏名	〒461-○○○○ 名古屋市東区××町 1-1 菊池 太郎					
キクチ健康保険組合 殿						

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									
事業 主 が 証 明 す る と こ ろ	出勤は○ 有給は△ 公休は○ 欠勤は×	<b>会社が証明します</b>				6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	
		年	月	1	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			
		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
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	金　　円 の分として				(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	金　　円 の分として				(日　額 金　円)								
	(ウ)現在までに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	⑯傷病名				⑰発病又は負傷の原因				
	⑯発病又は負傷の年月日	年	医師に証明して もらってください			開始した	年	月	日
	⑭労務不能と 認めた期間	年	月	日から	日間	⑮診療日数	日間		
		年	月	日まで					
	⑯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	日間
上記のとおり相違ありません。					年	月	日		
医 師	住 所	姓 名							
電話番号 ( )									