【記入例】

傷　病　手　当　金　請　求　書　（第　　回）

被保険者が記入	被保険者氏名	日新　太郎		事業所の名称	日新電機(株)	
	従業員番号	××××××	標準報酬月額	記入不要	所属	××部
	傷病名	医師の証明と同様に記入ください		発病又は負傷の年月日	元号××年××月××日	
	発病又は負傷の原因	医師の証明と同様に記入ください		療養のため労務に服せなかった期間	自　元号××年××月××日 至　元号××年××月××日××日間	
	第三者行為によるものですか（交通事故等）	は　い　・　いいえ		障害厚生年金を受けていますか	は　い　・　いいえ	
	労働者災害補償保険法に基づく給付を受けていますか	は　い　→　支給決通知書の写しを提出してください いいえ　→　給付を受けるに至った場合は速やかに連絡してください （法第55条第2項等の規定に基づき労働基準監督署等に受給状況を確認する場合があります）				
医師又は歯科医師の意見	傷病名			発病又は負傷の年月日		
	発病又は負傷の原因			診療開始年月日		
	労務不能と認めた期間	自　年　月　日 至　年　月　日　日間		診療実日数	日間	
	傷病の主症状及び経過概要					
	入院の期間	自　年　月　日　至　年　月　日　日間				
	上記のとおり相違ない事を証明します。 年　月　日　病院又は診療所 所在地 名称 氏名　印					
事業主の証明	労務に服せなかった期間	自　年　月　日 至　年　月　日　日間		左記の期間中に支払った報酬総額	／　～　／　¥	
	上記のとおり相違ない事を証明します。 年　月　日　事業主 所在地 名称 氏名　印					

担当医に記入してもらってください

労務不能の末日より後の日付

上記のとおり　傷病手当金　を申請します。
なお私の受ける上記給付金の受領方を　事業所名 日新電機(株)　社長 ××　×××　に委任します。

元号××年××月××日

被保険者
住　所　×××市××区××町1234
氏　名　日新　太郎　印

住所氏名を記入、押印してください

日新電機健康保険組合理事長　殿

支給決定及び支給決議額

常務理事	事務長	係	支給月日	支給期間	法定給付
			年　月　日	自　月　日 至　月　日　日間	