



同年月日	平成	年	月	日	常務理事	事務長	会 計	扱 者	被扶養者 台帳照合印	
支払年月日	平成	年	月	日						
支 払 額		拾万	万	千	百	拾	円			
※ 支給 決定の額	法定	60						資 得	年 月 日	
	付 加	100						格 喪	年 月 日	
※ 支給 決定の額	数							入院 期間	前 始	
	項 目								回 終	年 月 日
※ 支給 決定の額	日 額							法第 46 条	該 当 ・ 不 該 当	
	日 数								年 月 日 から	日 間
※ 支給 決定の額	備 考	決定標準報酬								
	支給期間	平成	年	月	日	～	平成	年	月	日
※ 支給 決定の額	付 加	平成	年	月	日	～	平成	年	月	日
	付 加	平成	年	月	日	～	平成	年	月	日

傷 病 手 当 金 請 求 書

健康保険

① (第 回目)

◎ 「※」印欄は記入しないでください。

被保険者証の記号・番号	④ 生 年 月 日	⑤ 支給額計算	⑥ 給付記録号	⑦ 受 代 理 人	⑧ 受 付 年 月 日
①	1 : 明大昭平	※	※	※ 0 : 無 1 : 有	※ 年 月 日
②	3 : 大昭平				
③	5 : 昭平				
④	7 : 昭平				
⑨ 被 保 険 者 (請求者) の氏名と印	(フリガナ)	(〒) 事業所の名称		(イ) 業務の種別	
⑩ 被 保 険 者 (請求者) の 住 所	⑩ 郵便番号	(フリガナ)		(電話番号)	
⑪ 住 所	⑪ 住所コード				
⑫ 傷 病 コード	⑬ カ ナ	(ウ) 傷 病 名		発病又は負傷開始日	⑭ 年 月 日
⑮ 傷 病 コード	⑯ カ ナ			⑰ 年 月 日	
記 入	(ア) 障害 [厚生] 年金、手当金受給の有無	有・無・請求中	年 月 から受給	(カ) 年金証書の記号番号	
入	(イ) 受 給 病 名	(キ) 障害 [厚生] 年金、手当金の額			
す	(ク) 老人保健医療受給者証の市町村番号	(ケ) 受給者番号	(コ) 発行機関名		
と	(カ) 発病の状態又は負傷の原因を詳しく				
こ	⑱ 疾病又は負傷の療養をするため休んだ期間 (支給期間)	自 年 月 日	至 年 月 日	⑲ 第三者行為によるものですか	0 : いいえ 1 : はい
ろ	(イ) うえの⑱に書いた期間の部分の報酬を受けましたか、又は受けられますか	受けた・受けない 受けられる・受けられない	(ウ) 報酬の支払いを受けた (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 平成 年 月 日まで の分として	円
※	(イ) 入院した期間があるとき	(ウ) 病院の名称	(エ) 病院の所在地		
	⑳ 健康保険又は自費で入院しましたか	1. 健保 2. 公費 3. 自費 4. その他	(イ) 入院期間	自 年 月 日	至 年 月 日
※	被扶養者がいるときは、その者の	(イ) 氏 名	(ロ) 生 年 月 日	(ハ) 被保険者との続柄	報酬月額 日 額 (千円)(円) (備考)
	(ニ) 支給回数	(ヒ) 支給算出額(手)	支給開始日	1 (四) 年 月 日	2 (五) 年 月 日
※	(ニ) 調整減額コード	(ヘ) 調査先コード	(ニ) 海外表示	(ニ) 特別支給コード	
			0 : 国内 1 : 海外		

平成 年 月 日 提出

事業所
担当者印

領 金 円也領収いたしました。
平成 年 月 日
三菱製紙健康保険組合理事長殿
氏 名 印

※ 受 付 日 付 印

事業主が証明する欄	(ア) 労務に服さなかった期間		年 月 日から 年 月 日まで		日間						
	(イ) 出勤は○で、有給は△で、公休は公で、欠勤は/でそれぞれ表示してください。										
	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						計	出勤 有給		
	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								日	日
	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									
	(カ) うえの期間中、報酬を全額支給した場合は支給する	(30)	(自) 年 月 日	(至) 年 月 日	日間	円	月日額	日支払円			
		(31)	(自) 年 月 日	(至) 年 月 日	日間	円	月日額	日支払円			
		(32)	(自) 年 月 日	(至) 年 月 日	日間	円	月日額	日支払円			
		(33)	(自) 年 月 日	(至) 年 月 日	日間	円	月日額	日支払円			
	(ニ) 現在までも又は将来も支給しない場合はその旨										
(ウ) うえのとおり相違ないことを証明します。											
住所 〒		平成 年 月 日									
事業主氏名		氏名		電話(局) 番							

療養を担当した医師が意見を書くところ	(ア) 傷病名						
	(イ) 発病又は傷病の年月日		年 月 日				
	(ロ) 療養の給付を開始した年月日		年 月 日				
	(ハ) 発病又は負傷の原因						
	(ニ) 労務不能と認められた期間		平成 年 月 日から	平成 年 月 日まで	日間	左の期間中の実日数	日間
	(ヘ) 傷病の主状態および経過概要						
			人工透析又は人工臓器等を装着したとき	人工透析を実施又は人工臓器を装着した日	平成 年 月 日		
			人工臓器等の種類	ア、人工肛門カ、人工透析イ、人工膀胱キ、その他(ウ、人工関節 エ、人工骨頭 オ、心臓ペースメーカー)			
	(ホ) 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	(ヘ) 入院の費用の例	健保・公費 自費・その他
	(ニ) うえのとおり相違ありません。						
住所(所在地) 〒		平成 年 月 日					
医師 医療機関名		氏名		電話(局) 番			

※	(34) 減額期間	期間	自	年 月 日	至	年 月 日	日数	金額
	(35) 全部不支給	期間	自	年 月 日	至	年 月 日	日数	金額
	(36) 不支給(法定外)	期間	自	年 月 日	至	年 月 日	日数	金額

支払金融機関の欄	(37) 支払区分	※	振込	(38) 預金種別	普通	(43) 銀行 金庫 農協	本店 支店
	(39) 金融機関コード	※				口座名義(カナ)	
	(40) 口座番号	※					

受取代理人の欄	(イ) 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。 平成 年 月 日							
	被保険者住所 (請求者)氏名		氏名					〒
	(41) 代理人の氏名と印	(フリガナ)	(イ) 委任者と代理人との関係				〒	
	代理人の住所	(41) 郵便番号	〒	(フリガナ)				
	(42) 住所コード	※						