



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 60/100	数	項	目	日	額	日数	拾万	万	千	百	拾	円	資 格	得 喪	年	月	日	前	始	年	月	日
																年	月	日	回	終	年	月	日
※ 支給 議 書	付 加 100	平成	年	月	日	～	平成	年	月	日	日間	備 考	決定標準報酬	入院 期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間								
															法第46条 該当・不該当								

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 0000000000	② 0000000000	③ 1: 明大昭平	※	※ 0: 無 1: 有	※ 年 月 日
⑨ 被保険者(フリガナ)の氏名と印	三菱 太郎	⑩ 郵便番号	00000000	⑪ 住所コード	000-0000000
⑩ 被保険者(請求者)の住所	⑪ 住所コード	⑫ 傷病コード	⑬ カナ	⑭ 年月日	⑮ 年月日
⑫ 傷病コード	⑬ カナ	⑭ 年月日	⑮ 年月日	⑯ 傷病コード	⑰ カナ
⑯ 傷病コード	⑰ カナ	⑱ 障害[厚生]年金、手当金受給の有無	有・無・請求中	⑲ 年月日から受給	⑳ 年金証書の記号番号
㉑ 受給病名	㉒ 障害[厚生]年金、手当金の額	㉓ 老人保健医療受給者証の市町村番号	㉔ 受給者番号	㉕ 発行機関名	
㉖ 発病の状態又は負傷の原因を詳しく	平成〇年〇月〇日午前〇時頃、自宅から最寄駅に向かう途中、足を滑らせて転倒し右手を骨折した。				
㉗ 疾病又は負傷の療養をするため休んだ期間(支給期間)	自 〇 〇 年 〇 〇 月 〇 〇 日	至 〇 〇 年 〇 〇 月 〇 〇 日	⑳ 第三者行為によるものですか	0: いいえ 1: はい	
㉘ うえの㉗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	㉙ 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	円
㉚ 入院した期間があるとき	㉛ 病院の名称	㉜ 病院の所在地	㉝ 自 年 月 日	㉞ 入院期間 至 年 月 日	報酬月額 日 額 (千円)(円)
㉟ 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	㊱ 氏名	㊲ 生年月日	㊳ 被保険者との続柄	(備考)
㊴ 支給回数	㊵ 支給算出額(手)	㊶ 支給開始日	1 年 月 日	2 年 月 日	㊷ 調整減額コード
					㊸ 調査先コード
					㊹ 海外表示 0: 国内 1: 海外
					㊺ 特別支給コード

平成 年 月 日 提出

事業所 担当者印	領 収 書	<p style="text-align: center;">円也領収いたしました。</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">三菱製紙健康保険組合理事長殿</p> <p style="text-align: center;">氏名 印</p>
-------------	-------------	--

※ 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 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						
	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								
(ホ) うえのとおり相違ないことを証明します。		平成 年 月 日						
住所 〒								
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		
(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。		平成 年 月 日					
住所(所在地) 〒							
医師 医療機関名		氏名		☎ (局)		番	

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

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	〇〇	〇〇	本店支店
	(39) 金融機関コード	※		口座名義(カナ) ミツビシ タロウ					
	(40) 口座番号	00000000							

受取代理人の欄	(ア) 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		☎		
	(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	※			