

決 裁 伺			
常務理事	事務長	担当者	担当者

支 給 金 額	
傷病手当金・延長傷手付加金 (A)-(B)	
円	
支 給 期 間	回 数
年 月 日	
年 月 日	
日間	
摘 要	

資格取得	年 月 日
資格喪失	年 月 日
標準報酬	平均 円
標準報酬	千円
決裁日	年 月 日
支払日	年 月 日

法定				千		円	円×
付加							円×
計(A)							
法定控除							
付加控除							
控除計(B)							

受 付 印

傷病手当金及び傷病手当金付加金請求書

【太枠内、記入必須】

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証 記号・番号	記号	番号	所属事業所	氏名コード
	資格取得 年月日	年 月 日	④今回請求する期間		年 月 日から 年 月 日まで 日間
	あなたの仕事の具体的な内容について				
	発症(負傷)時の状況について教えてください		<input type="checkbox"/> 私用 () <input type="checkbox"/> 通勤の行き帰り <input type="checkbox"/> 工作中 ()		
	発症(負傷)した日時	年 月 日 (曜日) 午前・午後 時頃			
	② 負傷の場合、原因が次にあてはまりますか? <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 動物による負傷 <input type="checkbox"/> あてはまらない				
	上記②にあてはまる原因がある場合、あなたは被害者・加害者ですか? <input type="checkbox"/> わたしは被害者 <input type="checkbox"/> わたしは加害者				
	今回請求する期間中④に、労災保険から休業補償給付金を受けていますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 労災申請中				
	① 障害厚生年金又は障害手当金を受給していますか? (※障害基礎年金は除く) <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 請求中				
	上記④で『はい』または『請求中』と回答された方は、以下の質問に回答してください				
	どちらを受給していますか?		<input type="checkbox"/> 障害厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害手当金		
	受給の要因となった(なる)傷病名を記入してください		傷病名		
	基礎年金番号、年金コード、支給開始年月日、年金額を記入してください ※『請求中』と回答された方は、基礎年金番号のみ記入してください		基礎年金番号	年金コード	
			支給開始年月日	年金額	
			年 月 日	円	
健康保険の資格喪失(退職)後の期間について請求する方は、以下の質問に回答してください					
健康保険の資格喪失後、高齢または退職を事由とする公的年金を受給していますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 請求中					
基礎年金番号、年金コード、支給開始年月日、年金額を記入してください ※『請求中』と回答された方は、基礎年金番号のみ記入してください		基礎年金番号	年金コード		
		支給開始年月日	年金額		
		年 月 日	円		
上記のとおり請求します。在職中は、本籍会社を代理人と定め給付金の受領を委任します。 年 月 日 村田製作所健康保険組合理事長殿 被保険者 住 所 〒 (請求者) 氏 名 ⑩ TEL ()					

療養を担当した医師の意見欄	患者氏名																																	
	傷病名 (主傷病に○)	(1) 傷病名					診療開始日 (初診日)	(1)	年 月 日																									
		(2) 傷病名						(2)	年 月 日																									
	発病または 負傷の年月日	(1)	年 月 日				発病または 負傷の原因	(1) 原因																										
		(2)	年 月 日					(2) 原因																										
	労務不能と 認めた期間	年 月 日 から				年 月 日 まで																												
	入院期間	年 月 日 から				年 月 日 まで																												
	療養費用の別	健保 ・ 実費 ・ 公費 ・ その他()				転帰		治癒 ・ 繰越 ・ 中止 ・ 転医																										
	上記期間の 診療実日数	診療日 を○で 囲む	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
			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
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	
期間中における「主たる症状および経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等について									出産予定年月日			年	月	日																				
									出産年月日			年	月	日																				
									手術年月日			年	月	日																				
症状経過からみて従来の職種について労務不能と認めた医学的所見																																		
上記のとおり相違ないことを証明します。																																		
年 月 日																																		
医療機関 住 所 〒																																		
担当医師																																		
氏 名									Ⓜ		TEL		()																					

事業主証明欄	労務に服さな かった期間	年 月 日から	日間	左記期間中の 欠勤控除救済	<input type="checkbox"/> あり 月 日 ~ 月 日 日間 <input type="checkbox"/> なし	
	上記の期間中に職場復帰プログラムはありましたか？			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
	上記の期間中における諸手当（有休・欠勤控除救済以外の報酬）の支払状況について記入してください。					
	証明期間を計算対象期間とする諸手当（通勤手当以外）の有無			<input type="checkbox"/> あり（賃金台帳参照） <input type="checkbox"/> なし		
	証明期間を計算対象期間とする通勤手当の有無			<input type="checkbox"/> あり（別途明細参照） <input type="checkbox"/> なし		
	給与の種類について			<input type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> 月給（管理職等） <input type="checkbox"/> 時給		
	上記のとおり相違ないことを証明します。					
年 月 日 事業所 住 所 〒						
担当者 名称						
事業主 氏 名 Ⓜ						

【添付】 労務に服さなかった期間及びその期間前後1ヶ月分の賃金台帳のコピー
 労務に服さなかった期間及びその期間前1ヶ月分の出勤簿のコピー

		健康保険組合 使用欄																															救済日	給与滞り
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	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	日	日	