

支給決議書	伺年月日	年 月 日	常務理事	事務長	担当
	支給金額	円			
	法定(2/3)	円	資格	取得	年 月 日
	付加(13/100)	円		喪失	年 月 日

健康保険 傷病手当金 請求書 (第 回目)
傷病手当金付加金

1 / 2 頁

被 保 険 者 の 記 入 欄	被保険者の記号と番号		被保険者の氏名・生年月日・押印	印	年 月 日生	
	被保険者の現住所及び連絡先	〒 -	TEL ()			
	事業所の名称					
	被保険者の資格を取得した年月日	年 月 日	業務の種別(具体的に)			
	発病又は負傷の年月日	令和 年 月 日	傷病名			
	発病の状態又は負傷の原因を詳しく			第三者行為によるものですか	はい・いいえ	
	疾病又は負傷の療養をするため休んだ期間(労務不能期間)	令和 年 月 日から	日間	公的年金を受給していますか	※ はい・いいえ・請求中	
		令和 年 月 日まで		年金等の種別	障害年金・障害手当金・老齢年金	
	労務不能期間中に報酬を受けましたか	受けた ・ 受けない		受給額(年額)	円	
	報酬を受けたときはその期間	令和 年 月 日から		受給開始日	年 月 日	
		令和 年 月 日まで		障害年金・障害手当金受給の要因となる傷病名		
	金額	円		労災保険から休業補償給付を受けている期間の申請ですか	はい・いいえ・労災請求中	
	労務不能期間中に入院した期間がある場合	病院名				
病院の所在地						
入院した期間		令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで	日間		

※ 年金等を受けた場合は、年金証書(写)と年金決定通知書・支給額変更通知書(写)を添付して下さい。

同 意 書	日本信号健康保険組合 理事長 殿
	私は貴組合がこの請求の内容について、医師、事業主等に照会することに同意いたします。
	令和 年 月 日
	氏名 _____

受付印

傷病手当金 請求書
傷病手当金付加金

2 / 2 頁

事業主の証明欄	労務に服さなかった期間		令和 年 月 日 から	令和 年 月 日 まで	日間
	上記期間中の分として支払う報酬証明	全額支給 (出勤・有給)	令和 年 月 日 から	令和 年 月 日 まで	日間
		一部支給	令和 年 月 日 から	令和 年 月 日 まで	日間
			支給なし	令和 年 月 日 から	令和 年 月 日 まで
上記のとおり相違ないことを証明します。			令和 年 月 日		
所在地					
事業所名					
事業主名			印		

療養を担当した医師の証明欄	傷病名		発病または負傷の原因		
	発病又は負傷の年月日	令和 年 月 日	療養の給付を開始した年月日	令和 年 月 日	
	労務不能と認められた期間	令和 年 月 日 から	日間	左の期間中の診療実日数	日間
		令和 年 月 日 まで			
	傷病の主症状及び経過概要・労務不能と認められた医学的な所見(具体的に詳しく)				
上記期間中に入院した期間がある場合は、その期間		令和 年 月 日 から	令和 年 月 日 まで	日間	
上記のとおり相違ないことを証明します。		令和 年 月 日			
所在地					
医療機関名					
医師名					
電話 ()					

振込希望口座	銀行・金庫・農協		支店
	普通・当座 (口座番号)	(フリガナ)	口座名