

受付年月日	年 月 日
伺い 年月日	年 月 日
決裁 年月日	年 月 日

決裁	常務理事	事務長	課長	係長	担当
資格取得 S・H・R		年 月 日			
資格喪失		年 月 日			
標準報酬月額		千円(第 級)			
障害年金額・日額障害手当金		円(日額 円)			
老齢(退職)年金額		円(日額 円)			
全部・一部	期間	/ / ~ / / 日間			
不支給	金額・理由	円()			

支給 支払 決議書	支給額	円				
	支給開始	年 月 日				
	支給期間	自	年 月 日	至	年 月 日	日間
	前回	始	年 月 日	終	年 月 日	

事業所から給料補填の算定のため、本件情報の求めがあるときは開示しますのでご承知下さい。

傷病手当金請求書

(第 回目) ※毎月提出してください。
(給与の締め毎に)

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	①被保険者証の記号・番号		記号 番号		② 仕事の内容		
	③事業所の名称及び所在地		名称	所在地			
	④資格を取得した年月日		昭・平・令	年 月 日	⑤ 標準報酬月額		千円
	⑥発病又は負傷の年月日		年 月 日		⑦ 傷病名		
	⑧ 発病又は負傷の原因				⑨第三者行為によるものですか (いいえ・はい)		
	⑩労務に服することが出来なかった期間		年 月 日から 年 月 日まで		日間		
	⑪上記期間の報酬の全部又は一部を受けたとき、又はうけることができるときはその報酬額及び期間		年 月 日から 年 月 日まで		日間 円		
	⑫障害年金、障害手当金を受けているとき又は受けることができるとき		ア 年金の種別 (障害年金・障害手当金)	イ 年金額 円	ウ 年金支給事由の傷病名		
			エ 年金を受けることとなった年月日 年 月 日	オ 障害年金をうけている場合は基礎年金番号・年金コード			
	⑬ 退職後、傷病手当金の支給申請をされている方		ア 老齢又は退職を事由とする公的年金を受給していますか ハイ・請求中・イエ				
			イ 年金の名称	ウ 基礎年金番号及び年金コード又は記号番号若しくは番号	エ 受給開始年月日 年 月 日	オ 年金額 円	
					年 月 日	円	
					カ 年金の合計額 円		
	⑭ 振り込み希望の金融機関		金融機関名	支店名	口座番号	口座名義(被保険者名義に限りません)フリガナ	
			銀行 金庫 組合	普・当			
⑮ 上記の通り請求いたします。		年 月 日					
住所							
電話番号		- -					
被保険者の氏名		京葉ガス健康保険組合理事長 殿					

⑩5W1Hで詳しく ⑪第三者の行為によるものであるとき所定の届出をする

事業主が証明する欄	ア 労務に服さなかった期間	出勤は○で、有給は△で、公休は公で、欠勤は/で、早退は早で、表示してください(全休のとき記入不要)…勤怠締めで作成																																
	自 月 日	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	労務に服さなかった日の合計 日
	至 月 日	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 日	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	
	イ 上記の労務に服さなかった日を含む月に報酬があればその内訳 (給与締め毎)(支給全額)	報酬の名称	支払対象期間 (給与締め切り期間を記入)										実際の支払金額 (左記期間支給額)		(無欠勤の場合の1ヶ月支給額)	支払月日																		
	基本給	年 月 日	年 月 日	日間	円	円	月 日																											
	手当	年 月 日	年 月 日	日間	円	円	月 日																											
	手当	年 月 日	年 月 日	日間	円	円	月 日																											
	手当	年 月 日	年 月 日	日間	円	円	月 日																											
	手当	年 月 日	年 月 日	日間	円	円	月 日																											
手当	年 月 日	年 月 日	日間	円	円	月 日																												
*上記の実際の支払金額の算定方法(控除・日割等)を所定の用紙(報酬支払い説明書)に記載し添付して下さい。																																		
該当する報酬形態の全てに○印		月給	日給	月給	日給	歩合給	時間給	役員報酬 ()	【 日締 日払】																									
現在迄も将来も支給しないときはその旨																																		
上記の通り相違ないことを証明します。							住所 年 月 日																											
							事業主 名称																											
							氏名																											

ア. 労務に服さなかった日=有給・公休・欠勤(早退は労務不能初日以外は出勤日扱) イ. 報酬=役付・家族・通勤・住宅・残業等、支給した全ての金額
ウ. 会社を退職した後の期間に係る請求は事業主証明不要。 エ. 通勤定期代は現金でも現物(券)でも報酬となる。

療養を担当した医師が意見を書く欄	21 傷病名	22 発病又は負傷の原因	
	23 発病又は負傷年月日	年 月 日	24 療養の給付を開始した年月日 年 月 日
	25 労務不能と認められた期間	年 月 日から 年 月 日迄 日間	26 左記期間中の診療日数 日間
	27 傷病の主症状および経過概要		
	28 労務不能と認められた医学的な所見		
	29 上記の期間中入院がある場合その期間	年 月 日から 年 月 日迄 日間	30 入院費用の別 健保・公費・自費・その他
	31 上記の通り相違ありません。	住所(所在地) 電話番号 - - 番	
	医療機関名		
	年 月 日 医師氏名		

*期間の計算は、両端入れ12日~18日は7日間 *字句を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)を記入