支給決定													
	決定伺い	年　月　日			支給額							常務理事	
	資格	取得	年　月　日										
		喪失	年　月　日		支給期間	年　月　日から 年　月　日まで	日間					事務長	
	前回	始	年　月　日										
		終	年　月　日		支給日額	円						課長	
	該当条文	104条 ・ 108条 ・ 109条											
	108条該当支給期間	月　日から 月　日まで	日間	1日	円	一部不支給	年　月　日から 年　月　日まで	日間	理由			担当者	
				計	円								

健康保険　傷病手当金請求書（第　回目）

被保険者の記入欄						
振込先	銀行 信用金庫 その他（　　） 支店	普通 当座	（あなた自身の）口座名義 カタカナ 口座番号			
被保険者の氏名		住所	〒（　　－　　）			
生年月日	年　月　日　歳	連絡先	TEL（　　）　　—			
被保険者の	記号	番号	事業所の名称			
傷病名		発病又は負傷した状況 （ケガの場合は詳細に）	(1)いつ　年　月　日（午前・午後）　時　分 (2)どこで (3)どんな用事で何をしているとき			
傷病による休業期間	年　月　日から 年　月　日まで　日間	左の期間中入院したとき	年　月　日から 年　月　日まで　日間			
老齢年金（退職者のみ）及び障害厚生年金又は障害手当金の受給について（該当する箇所に○をしてください。）						
受給の有無	※有 ・ 無 ・ 請求中 ・ 請求予定（令和　年　月頃）					
年金等の種類	老齢年金 ・ 障害厚生年金 ・ 障害手当金（受給の原因となった傷病名　　）					
※受給有の場合［受給開始年月日　年　月　日］　年金額のわかるもの（支払通知書等）を添付してください。						
雇用保険受給の手続きについて（退職者のみ）	受給延長する（した） ・ 手続きしていない ・ 受給予定					

事業主の証明欄					
本人の給与の種類	月給　月給日給　日給　日給月給　時給	本人の職種		給与の締め日	日
				給与支払日	翌・当 月　日
労務に服さなかった期間	年　月　日から 年　月　日まで　日間	事業主の住所（所在地）　氏名（名称）と印			
上記の期間を対象に報酬支払した（する）ことの有無	※　有 ・ 無				
※有の場合は別紙『出勤簿・賃金台帳』を添付してください。		TEL（　　）　　—			

診療担当者の意見欄							
傷病名	(1)	発病又は負傷の日	(1)　・　・ (2)　・　・ (3)　・　・	発病又は負傷の原因			
	(2)	療養の給付開始日	(1)　・　・ (2)　・　・ (3)　・　・				
	(3)						
労務不能と認めた期間	年　月　日から 年　月　日まで　日間	診療実日数	日間	入院期間	月　日 月　日　日間	健保 自費	
労務不能と認めた期間の病状経過について詳しくご記入願います。				医療機関名と住所、診療担当者の氏名			
				TEL（　　）　　—			

備考	
	静岡県自動車販売健康保険組合

受付印

診療担当者(医師など)が労務不能と認めない期間中の療養状況

休業期間中、医師などが労務不能と認めていない期間についてその間の療養状況などをできるだけ詳しく記入してください。

① 診療担当者が労務不能と認めない期間

年　　月　　日から

日間

年　　月　　日まで

② 上記期間、労務に就けなかった理由（詳しく）

③ 症状の経過

④ 自宅などで療養(治療)していた方法

（あんま、はりなどの施術の受けた場合はその内容や回数。市販薬等を服用した場合は服用した期間、薬の名前などを記入する他、効能書又は領収書を添えること。）

聴取書	（いつ）　年　月　日（ 午前・午後 ）　時　分
	（なにを）
	（回答の内容及び聴取者所見） 聴取者　㊞

被保険者氏名

静岡県自動車販売健康保険組合