

健康 保 記 入 欄	支給決定伺				支給 決定額	¥	資格取得	昭・平・令	年	月	日
	常務理事	事務長	係長	係員			資格喪失	令和	年	月	日
	支給決定	令和	年	月	日	支給期間	自	年	月	日	日間
	支給年月	令和	年	月	日						

健康保険 傷病手当金 請求書

(第 回)

被 保 険 者 記 入 欄	① 被保険者 記号・番号	② 被保険者 氏名	③ 被保険者 生年月日	昭和 年 月 日 平成 年 月 日	
	④ 勤務先	⑤ 業務内容 (具体的に)			
	⑥ 傷病名	⑦ 発病または 負傷年月日		令和 年 月 日	
	⑧ 発病または 負傷の原因				
	⑨ 療養のため 休んだ期間 (請求期間)	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間	⑩ 左記の期間中に報酬を受けましたか。 または今後受けられますか。	はい・いいえ
	⑪ ⑩で「はい」と答えた場合、その報酬額と、 その報酬支払の対象となった (なる) 期間をご記入ください。	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間	報酬額	円
	⑫ 「障害厚生年金」または「障害 手当金」を受給していますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 請求中 <input type="checkbox"/> いいえ			
	⑬ ⑫で「はい」答えた場合、ご記入ください。 「請求中」と答えた場合は、 傷病名・基礎年金番号のみご記入ください。	年金の種類別	障害厚生年金・障害手当金	年金の支給事由となった傷病	
		基礎年金番号		年金コード	
		支給開始年月日	令和 年 月 日	年金額	円
	⑭ (健康保険の資格を喪失した方はご記入ください) 「老齢年金」を受給していますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 請求中 <input type="checkbox"/> いいえ			
	⑮ ⑭で「はい」と答えた場合、ご記入ください。 「請求中」と答えた場合は、 基礎年金番号のみご記入ください。	基礎年金番号		年金コード	
	支給開始年月日	令和 年 月 日	年金額	円	
⑯ 振込先 指定口座	金融機関名称		預金種目・口座番号		口座名義
	農協		本店 普通 支店 貯蓄		フリガナ
上記のとおり申請します。					
令和 年 月 日					
〒 TEL					
住所					
被保険者 氏名					
京都府農協健康保険組合理事長 殿					

添付
書類

- ◎ 療養のため休んだ期間の「出勤簿(写)」および「賃金台帳(写)」を添付してください。(資格喪失後の期間の場合は必要ありません)
 ※ 「出勤簿(写)」には、「出勤」「有給休暇」「欠勤」等、勤怠の表示が必要です。
 ※ 欠勤控除の計算方法(計算内訳)については、添付する「賃金台帳(写)」に必ず記入してください。

注意
事項

- ◎ 傷病手当金は、被保険者が業務外の事由による傷病の療養のため労務不能となり、収入が喪失または減少したとき、被保険者の生活費を保障するための保険給付になりますので、原則、給与の締日に合わせ1ヶ月毎に請求してください。

事業主が証明する欄	⑰ 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	⑱ 左記の期間に対して、賃金を支給しました(します)か?	はい・いいえ	
	⑲ 賃金を支給した期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間	⑳ 賃金を支給した金額	円	
	㉑ 給与の種類	<input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 歩合給 <input type="checkbox"/> 日給月 <input type="checkbox"/> その他	⑳ 賃金計算	締日	日 支払日	当月・翌日
	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 ㊟					

療養を担当した医師の意見欄	㉓ 傷病名		⑳ 療養の給付開始年月日	平成・令和 年 月 日	
	㉕ 発病または負傷の原因		㉖ 発病または負傷年月日	平成・令和 年 月 日	
	㉗ 労務不能と認められた期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間	㉘ 左記の期間の入院期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで
	㉙ 療養実日数	日間	診療日及び入院していた日を○で囲んでください。	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	
	㉚ 上記㉗の期間中における「主たる症状および経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等詳しく記入してください。				
㉛ 症状経過からみて従来の職種について労務不能と認められた医学的な所見を記入してください。					
㉜ 人工透析を実施または人工臓器を装着したとき	人工透析の実施または人工臓器を装着した日	昭・平・令 年 月 日	人工臓器等の種類	<input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工頭蓋 <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー <input type="checkbox"/> 人工関節 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> その他 ()	
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 医療機関所在地 医療機関名称 医師氏名 ㊟					

委任の欄 (給付金の受領を人に頼むときだけ記入してください)	
本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。 令和 年 月 日	
被保険者の	住所 氏名 ㊟
代理人の	住所 氏名 ㊟