

伺年月日	平成	年	月	日	常務理事	事務長			係										
支払年月日	平成	年	月	日															
支払額	拾万	万	千	百	拾	円													
* 支払決定議書	支給決定の額	法定	記入不要						標準報酬月額	(1)	千円								
		付加							標準報酬日額	(1)	円								
	支給期間	法定付加							平成	年	月	日	～	平成	年	月	日	日間	備考
		付加							平成	年	月	日	～	平成	年	月	日	日間	

健康保険 傷病手当金請求書 (第4回目)

◎ 記入にあたって、注意事項をよく読んでください。
 ◎ 「*」印欄は記入しないでください。

被 保 者 の 記 入 す る こ と	① 被保険者の記号・番号	② 生年月日	③ 被保険者 (フリガナ) ヤマダ タロウ	
	10 - 999	昭和 年 月 日	③ 被保険者 (請求者)の氏名 山田 太郎 (印)	
	(MUD ID: XX9999)	平成 45 年 5 月 5 日		
	④ 事業所の名称	⑤ 職種 (もしくは部署名など)	⑥ 被保険者の資格取得年月日	
	グラクソ・スミタイン株式会社	営業	平成 16 年 1 月 1 日	
	⑦ 被保険者 (請求者)の住所	〒 999 - 9999 (フリガナ) ×××××	(電話番号)	
	〇〇県△△市××99-99	999	(99)- 9999	
	* 傷病CD	⑧ 傷病名	⑨ 平成 年 月 日	
	* 傷病CD	うつ病	発病又 平成 18 年 5 月 日 中旬	
	* 傷病CD	不眠症	は負傷 平成 18 年 4 月 日	
		左上腕骨折	年月日 平成 19 年 2 月 5 日	
	⑩ 障害年金、手当金を受けられるとき	⑦ 障害年金、手当金受給の有無 有・ 無 請求中	⑪ 年月日から	⑫ 年金証書の記号番号
⑬ 受給病名	⑭ 障害年金、手当金の額	円		
該当する方だけご記入ください				
⑮ 介護保険法のサービスを受けたとき	⑯ 番号	⑰ 保険者名称		
⑱ 発病又は負傷の状態 平成18年4月頃より 不眠が始まり、5月の連休明けに受診し投薬治療を開始した。同年12月に担当医師より休業を勧められ現在に至る。5月の連休明けの復職を目指し準備中。 自宅で誤って左腕をぶつけ負傷。痛みがひどく受診したところ骨折していたが経過は良好。				
⑲ 疾病又は負傷の療養をするため休んだ期間	自 平成 19 年 4 月 1 日 日間	⑳ 第三者の行為によるものですか	㉑ 業務上、通勤途上による傷病ですか	
至 平成 19 年 4 月 30 日 30 日間	はい	いいえ	はい・ いいえ	
⑳ 上の⑲に書いた期間の分の報酬を受けましたか、又は受けられますか	受けた	㉒ 報酬の支払を受けた(受けられる)ときはその期間で 平成19年4月1日から 平成19年4月30日まで 報酬の額と、その報酬支払の基礎となった(なる)の分として 40,000 円		
受けられない	㉓ 請求期間が退職後である場合、失業給付やアルバイト等の報酬を受けた(受けられる)その額と、支払の基礎となった(なる)期間 円			
平成 (備考)				

⑱⑲について、給与明細等で確認してもよくわからない場合は空欄で提出してください。