支払決議書	常務理事	事務局長	事務局次長	業務課長	係長	伺 年 月 日	取得年月日	年 月 日
							喪失年月日	年 月 日
							支給日数/総日数	( ) 日／( ) 日

法定給付	円	支給期間	自 年 月 日 至 年 月 日 日間	支給を始める日の属する月以前の直近の継続した12月間の月額
				(. ～ .) ×
				(. ～ .) ×
				(. ～ .) ×

不支給期間	年 月 日 ～ 年 月 日 日間	その理由		特記事項	日額の2/3(円)	
	年 月 日 ～ 年 月 日 日間			技官合議	支給回数	台帳記入
	年 月 日 ～ 年 月 日 日間		計 日間	イ 新規の疾病 二 引き続き	第	
	年 月 日 ～ 年 月 日 日間			ロ 本人請求のとおり ホ その他		
	年 月 日 ～ 年 月 日 日間			ハ 医師の意見どおり	回	

現在欠勤中・ ／ より出勤 【レセ照合 年 月分レセ・ 年 月分レセ・ 年 月分レセ】

傷病手当金請求書

被保険者が記入するところ

※この請求書は1ヶ月単位で作成し請求してください

請求年月日 年 月 日 （第 回）

被保険者証の記号番号	―	標準報酬月額	千円	資格取得年月日	年 月 日
事業所の名称		会社であなたがしている仕事内容(具体的に)			

発病又は負傷の原因をくわしく	発生日時	令和 年 月 日 午前 午後 時 分	発生場所		出勤日ですか	はい いいえ
	原因				業務上によるものですか	はい いいえ
					通勤途上によるものですか	はい いいえ
					第三者によるものですか	はい いいえ

※外傷性疾患(負傷したとき等)の場合は、「負傷原因届」の用紙に必要事項をご記入のうえ添付してください。（用紙は当組合ホームページよりダウンロードできます）
※交通事故の場合は「第三者行為による傷病届」を提出していただくことがあります。当組合にご連絡ください。

傷病又は負傷の療養をするため休んだ期間(請求期間)	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日 日間
上記の請求期間中に報酬を受けましたか。また、今後受けられますか。	ア はい イ いいえ
報酬を受けたとき、または今後受けられるときは、その報酬の額とその支払いの基礎となった（なる)期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで の分として 円

①障害(厚生)年金または障害手当金を受給していますか。	ア はい イ いいえ ウ 請求中	左記①②③で「はい」と答えた方のみ ⇨	基礎年金番号又は年金証書の年金コード		
②被保険者資格喪失後の方で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。	ア はい イ いいえ ウ 請求中		年金(手当金)の年金額(年)		
③労災保険から休業補償給付を受けていますか。(又は過去に受けた事がありますか。)	ア はい イ いいえ ウ 請求中		障害年金受給病名		
			請求元の労働基準監督署		労働基準監督署

※上記、障害厚生年金、障害手当金受給、老齢退職年金を受けられるようになった場合、あるいは受給中の場合は、下記3点を添付して下さい。
(1)年金証書又はこれに準ずる書類の写し (2)年金の額、支給開始年月日を証明する書類
(3)年金の直近額を証明する書類の写し ※障害厚生年金を受給の方は受給病名が確認できる書類を別途添付して下さい。
※労災保険から休業補償給付を受けている方、「休業補償給付支給決定通知書」の写しを添付してください。

上記のとおり請求します。
川口工業健康保険組合理事長 殿

被保険者(請求者)の住所	〒 ― 電話番号 ( )
被保険者(請求者)の氏名	生年月日 昭和・平成 年 月 日

☐ 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)

委任状	事業主を代理人として健康保険組合より支給される本請求金額全額の受取り方の件を委任いたします。	
	被保険者(請求者)氏名	

※退職後等の請求で、上記に委任しない場合は、川口工業健康保険組合にお申し出下さい。
※勤務先・医療機関等・市区町村・全国健康保険協会・他健保などに問い合わせをする場合があります。

決裁日付印 受付日付印

社会保険労務士記入欄

事業主の証明 （事業主側で記入するところ）

※請求書を提出の際には、出勤簿及び賃金台帳の写しを添付してください。

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	出勤した日数	有休休暇の日数	欠勤した日数
		日間	日間	日間

被保険者の報酬形態（該当するものに○をしてください）	賃金計算	
	締日	支払日
月給 日給 日給月給 時間給 歩合制 その他	日	当月・翌月 日

労務につけなかった期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況を下表に記入して下さい。

賃金支給状況	固定手当に○を記入		単価	年 月 日～ 月 日迄 月分給与	年 月 日～ 月 日迄 月分給与	年 月 日～ 月 日迄 月分給与
	基本給	◌	円	円	円	円
	手当	◌	円	円	円	円
	手当	◌	円	円	円	円
	手当	◌	円	円	円	円
	手当	◌	円	円	円	円
		◌	円	円	円	円
	欠勤控除額		円	円	円	円
	合計		円	円	円	円

賃金計算方法 欠勤控除計算方法等について記入して下さい	

上記のとおり相違ないことを証明する。

令和 年 月 日

事業所所在地
事業所名
事業主名
電話番号 ( )

療養担当者の証明 （医療機関で記入するところ）

労務不能と認めた傷病名	発病または負傷年月日	年 月 日	初診年月日	年 月 日
	発病または負傷の原因			

労務不能と認めた期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間	左記期間中診療実日数 日間

上記期間中の診療日を○で囲んで下さい																																
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
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

上記期間中の入院期間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日 日間	療養費用の別	健保	自費
			公費	その他

人工透析又は人工臓器等を装着したとき	人工透析を実施又は人工臓器を装着した日	平成・令和 年 月 日
	人工臓器の種類	ア、人工肛門 イ、人工膀胱 ウ、人工関節 エ、人工骨頭 オ、心臓ペースメーカー カ、人工透析 キ、その他( )

①労務不能と認めた期間中における「主たる症状及び経過、治療内容、検査結果」等、詳しくご記入下さい。

②症状経過から見て従来の仕事内容について労務不能と認められた医学的な所見をご記入下さい。

③労務不能と認めた期間中における「療養指導」、今後の仕事復帰時期についてご記入ください。
療養指導:
仕事復帰時期: 年 月頃予定 その他( )

上記のとおり相違ありません。

令和 年 月 日

医療機関所在地
医療機関名称
医師氏名 ㊞
電話番号 ( )