

受付年月日	年 月 日	決 裁			
決定年月日	年 月 日	常務理事	事務長	担当者	台帳照合印
支払年月日	年 月 日				
支給額	円	資格取得	年 月 日		
		資格喪失	年 月 日		
支給開始	年 月 日	標準報酬月額	千円(第 等級)		
		障害年金額・日額障害手当金額	円(日額 円)		
支給期間	自 年 月 日 至 年 月 日 日間	老齢(退職)年金額	円(日額 円)		
		全部・一部不支給	期間	年 月 日から 年 月 日まで 円	
前回	始	年 月 日			
	終	年 月 日			

傷病手当金請求書 (第 回目)

被保険者が記入するところ	被保険者証の記号・番号	34 ー		被保険者の業務の種別	
	事業所の名称	事業所の所在地			
	所属名	標準報酬月額 000 円			
	生年月日	年 月 日	資格を取得した年月日	年 月 日	
	介護保険のサービスを受けたとき	保険者番号	被保険者番号	保険者名称	
	発病又は負傷の年月日	年 月 日		傷病名	
	発病又は負傷の原因	第三者行為によるものですか いいえ・はい			
	労務に服することができなかつた期間	年 月 日から 年 月 日まで		日間	
	上記期間の報酬の全部又は一部を受けたとき、又は受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	
		受けた報酬額		円	
		受けることができる報酬額		円	
	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	年金の種類	障害年金・障害手当金	年金額	円
		年金を受けることとなった年月日	年 月 日	障害年金を受けている場合は基礎年金番号・年金コード	
	任意継続被保険者・資格喪失者の方	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		はい・請求中・いいえ	
		老齢(退職)年金の名称	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	受給年月日	年金額
			年 月 日	円	
			年 月 日	円	
振込希望の銀行	金庫銀行組合	支店	普通当座 No.		
上記のとおり請求します。					
年 月 日					
住所 被保険者の 氏名					
KOA健康保険組合理事長 殿					

事業主が証明するところ	労務に服さなかつた期間	年 月 日から 年 月 日まで		日間																												
	出勤日は「○」、有給休暇は「△」、公休は「公」、欠勤日は「／」でそれぞれ表示してください																															
	年 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
	年 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
	上記の期間中の報酬の分として	(ア)全額支給した場合又は支給する場合	年 月 日から 年 月 日まで	の分として	金 円 (月 日支払)	日額金 円																										
	(イ)一部支給した場合又は支給する場合	年 月 日から 年 月 日まで	の分として	金 円 (月 日支払)	日額金 円																											
	(ウ)現在までも又、将来も支給しない場合はその旨																															
上記のとおり相違ないことを証明します。																																
住所 事業主 氏名																																

療養を担当した医師が意見を書くところ	傷病名			発病又は負傷の原因	
	発病又は負傷の年月日	年 月 日	療養の給付を開始した年月日	年 月 日	
	労務不能と認められた期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間	診療実日数	日間
	傷病の主症状及び経過概要				
	上記の期間中に入院をした期間がある場合はその期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間	入院費用の別	健保・自費・公費・その他
	上記のとおり相違ないことを証明します。				
住所(所在地)					
医師 医療機関名					
氏名					

委任状	私は下記の者を代理人と定め、傷病手当金の受領に関する権限を委任する。			
	年 月 日			
	被保険者の住所 (請求者) 氏名	印		
	住所	印		
	代理人の住所	印		
	氏名	印		
振込希望の銀行	金庫銀行組合	支店	普通当座 No.	

- ・初回申請時、事業主は「賃金台帳コピー」を添付してください。
- ・「委任状欄」は押印省略できません。
- ・任意継続被保険者の方は事業主欄の記入は不要です。