

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)		
支給期間	自 年 月 日 至 年 月 日 日間	障害年金額・日額障害手当金額	円(日額 円)		
		老齢(退職)年金額	円(日額 円)		
前回	始 年 月 日 終 年 月 日	全部・一部不支給	期間	年 月 日から 年 月 日まで 円	
			理由		

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	記号	番号	被保険者の業務の種類		
	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った期間	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		
			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。						
住所 年 月 日						
被保険者の 氏名						
KOA健康保険組合理事長 殿						

労務に服さなかった期間	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		
事業主が証明するところ	上記の期間中報酬の関分として	(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 年 月 日			
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) 年 月 日		
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。		
	住所 年 月 日		
	被保険者の(請求者) 住所 氏名	印	
	代理人の 住所 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。