

同年月日	令和 年 月 日	常務理事	事務長	担当者	標準報酬月額
支払額					千円
支給期間	平・令 年 月 日 平・令 年 月 日 日間	資格 得喪	年 月 日 年 月 日	前始 回終	年 月 日 年 月 日
不支給 一部不支給	平・令 年 月 日 平・令 年 月 日 日間			入院期間	平・令 年 月 日 平・令 年 月 日 日間

健康保険 傷病手当金請求書 令和 〇年 〇月 〇日提出(第 〇 回)  
 ※被保険者(請求者)の捺印は不要です。

被保険者の記号・番号	被保険者(請求者)の氏名	フリガナ ケンボ タロウ
記号	番号	健保 太郎
被保険者(請求者)の現住所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 〇〇〇〇〇〇1-1-1	電話 〇〇(〇〇〇〇) 〇〇〇〇
事業所の名称	〇〇〇〇 株式会社	業務の種類 〇 〇 の 製造
傷病名	右大腿骨骨折	発病又は負傷年月日(療養開始年月日) 平・令 〇年 〇月 〇日 平・令 〇年 〇月 〇日
発病の状態又は負傷の原因(詳しく記入)	休日、スノーボード滑走中に転倒して負傷	第三者行為によるものですか はい・いいえ
傷病又は負傷の療養をするために休んだ期間(支給期間)	平・令 〇年 〇月 〇日から 平・令 〇年 〇月 〇日から	〇〇日間
上記期間中の報酬を受けましたか又は受けられますか	受けた・受けない / 受けられる・受けられない	
報酬の支払を受けた(受けられる)ときはその報酬の額と、その報酬支払の基礎となった(なる)期間	平・令 〇年 〇月 〇日から 平・令 〇年 〇月 〇日から 〇〇,〇〇〇円	
障害厚生年金又は障害手当金を受給していますか	いいえ 請求中・はい	基礎年金番号
障害厚生年金又は障害基礎年金の受給の原因となった傷病名		
任意継続被保険者、資格喪失者(退職者)はこちらも必ず記入(年金受給者は添付書類も必要) ※欄外参照	年齢又は退職を事由とする公的年金を受給していますか	いいえ・請求中・はい
	年金コード又は記号番号もしくは番号	年金額
		円
給付に関する同意書	私は、健保組合が給付決定に必要と認めた場合は※関係機関に保険給付に関する情報の照会を行い、関係機関が回答することに同意します 氏名 健保 太郎 ※関係機関とは、医療機関・日本年金機構・前加入健保組合等	

※ 在籍者は、事業所経由(給与加算)でお支払しますので、下記の委任状にご記入下さい。  
 私は会社を代理人と定め、本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します

委任状	本人氏名 健保 太郎
	事業所住所 〇〇〇〇2-2-2
	代理人会社 〇〇〇株式会社
	氏名 〇〇 〇〇

在籍者は本人欄に 記入をお願いします

付番号	第 号
決定年月日	

退職者は支払口座をご記入ください

銀行	支店	普通	口座番号
信用金庫	出張所	当座	口座名義(かか)

◎添付書類：年金支払い通知書等のコピー。障害年金の方は傷病のわかる書類も必要です。 キューピー・アラハタ健康保険組合

労務に服さなかった期間	平・令 〇年 〇月 〇日 ~ 平・令 〇年 〇月 〇日 〇〇日間
上記期間中の分として支払った報酬等	種類(有給、通勤費、〇〇手当等) 報酬を支払った期間と金額
	有給 平・令 〇年 〇月 〇日 ~ 平・令 〇年 〇月 〇日までの分として 〇,〇〇〇 円
	通勤費 平・令 〇年 〇月 〇日 ~ 平・令 〇年 〇月 〇日までの分として 〇,〇〇〇 円
	平・令 年 月 日 ~ 平・令 年 月 日までの分として 円
給与の締日と支払日	15日締め 当月・翌月 25日払い
給与形態	時間給 ・ 日給 ・ 日給月給 ・ 月給 その他 ( )
給与が欠勤控除方式により算出されている場合はその計算方法	基本給 〇〇〇, 〇〇〇 ÷ 営業日数 〇〇日 = 〇〇, 〇〇〇円 〇〇, 〇〇〇円 × 欠勤日数 〇〇日 = 〇〇, 〇〇〇円...欠勤控除の額
現在迄も又将来も滞り支給しない場合はその旨を右欄に記入	現在までも、また将来も支給しない。
上記のとおり相違ないことを証明します。	
令和 〇年 〇月 〇日 事業主 住所 〇〇〇〇2-2-2 事業所名称・氏名 〇〇 〇〇 電話番号 〇〇(〇〇〇〇) 〇〇〇〇	



注1) 訂正をした場合は、事業主印を訂正印として押してください。  
 注2) 「労務に服さなかった期間」を含めた給与の締め日~締め日までの勤怠・給与台帳のコピーを添付してください。

傷病名	右大腿骨骨折		
発病又は負傷の年月日	平・令 〇年 〇月 〇日		
療養の給付を開始した年月日	平・令 〇年 〇月 〇日		
発病又は負傷の原因	スノーボード中に転倒		
労務不能と認められた期間	平・令 〇年 〇月 〇日 平・令 〇年 〇月 〇日 日間	左の期間中の診療実日数	〇〇日間
傷病の主状態および労務不能と認められた理由	〇〇〇〇〇〇〇〇.....		
療養を担当した医師の意見			
中に入院した期間が 〇〇日以上の場合はその期間	平・令 〇年 〇月 〇日 平・令 〇年 〇月 〇日 日間	入院の費用の別	健保 公費 自費・その他
上記のとおり相違ありません。			
令和 〇年 〇月 〇日 医師 住所(所在地) 〇〇〇〇3-3-3 医療機関名 〇〇〇病院 氏名 〇〇 〇〇 電話番号 〇〇(〇〇〇〇) 〇〇〇〇			

キューピー・アラハタ健康保険組合