

支給額									円
内訳	傷病手当金								円
	傷病手当金付加金								円
支給開始	令和	年	月	日					
支給期間	令和	年	月	日	日間				
前回	令和	年	月	日					
	令和	年	月	日					
待期間	標準日額	給与支払期間	給与日額						

決議	常務理事	事務長		担当者
同年月日				
支払年月日				
資格取得日	令和	年	月	日
資格喪失日	令和	年	月	日
備考				

※上記枠内は記入しないでください。

傷病手当金 請求書

傷病手当金付加金

1 2 3 4

被保険者(申請者)記入用

被保険者(申請者)情報	被保険者証の記号	番号	生年月日
			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
			年 月 日
(フリガナ)			
氏名・印		印	自署の場合は押印を省略できます。
住所 (〒 -)		(都 道 府 県)	
電話番号 (日中の連絡先) TEL ()			

振込先指定口座(資格喪失した方)	金融機関名称	(銀行) (金庫) (信組) (本店) (支店) (農協) (漁協) (出張所) (その他) () (本所) (支所)			
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号		左づめでご記入ください。
	口座名義	▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。)			

必ず記入・押印ください。(押印省略不可)

受取代理人の欄(在職中の方)	被保険者(申請者)	本申請に基づき給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。	令和 年 月 日
	氏名・印	印	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ
	(〒 -) TEL ()		
代理人(口座名義人)	住所 (フリガナ)	氏名・印	印

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

受付日付印

同意書
傷病手当金の給付を受けるにあたり、シチズン健康保険組合が必要なときは、私の診療に関する情報・収入に関する情報等を医師・公共機関等に問合せし、情報を得ることに同意致します。
住所
氏名
印

傷病手当金 請求書

傷病手当金付加金

1 2 **3** 4

事業主記入用

労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間の勤務状況および賃金支払状況等をご記入ください。

事業主が証明するところ	被保険者氏名		申請期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日																																																															
	勤務状況 【出勤は○】で、【有給は△】で、【公休は公】で、【欠勤は／】でそれぞれ表示してください。				出勤 日	有給 日																																																												
	令和 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	計		日	日																																																												
	令和 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	計		日	日																																																												
支給した(する)賃金内訳	上記の期間に対して、賃金を支給しました(します)か？		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	給与の種類 <input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 歩合給 <input type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> その他	賃金計算 締切 日 支払日 <input type="checkbox"/> 当月 <input type="checkbox"/> 翌月																																																													
	上記の期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況をご記入ください。																																																																	
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">区分</th> <th rowspan="2">期間</th> <th rowspan="2">単価</th> <th>月 日</th> <th>月 日</th> <th>月 日</th> </tr> <tr> <th>~ 月 日分</th> <th>~ 月 日分</th> <th>~ 月 日分</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>支給額</td> <td>支給額</td> <td>支給額</td> </tr> <tr> <td>基本給</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>通勤手当</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>住居手当</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>扶養手当</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>手当</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>手当</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>現物給与</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>計</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	区分	期間	単価	月 日	月 日	月 日	~ 月 日分	~ 月 日分	~ 月 日分				支給額	支給額	支給額	基本給						通勤手当						住居手当						扶養手当						手当						手当						現物給与						計						賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)についてご記入ください。	
区分	期間				単価	月 日	月 日	月 日																																																										
		~ 月 日分	~ 月 日分	~ 月 日分																																																														
			支給額	支給額	支給額																																																													
基本給																																																																		
通勤手当																																																																		
住居手当																																																																		
扶養手当																																																																		
手当																																																																		
手当																																																																		
現物給与																																																																		
計																																																																		
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日					担当者氏名																																																													
事業所所在地																																																																		
事業所名称																																																																		
事業主氏名					印 電話 ()																																																													

労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間の出勤簿(タイムカード等)と賃金台帳のコピーを添付してください。
 役員などで、出勤簿および賃金台帳がない場合は、役員報酬を支給しないこととする役員会議議事録のコピーを添付してください。

「療養担当者記入用」は4ページに続きます。>>>

傷病手当金 請求書

傷病手当金付加金

1 2 3 **4**

療養担当者記入用

療養担当者が意見を記入するところ	患者氏名																																																																																																		
	傷病名	(1) 療養の給付開始年月日 (初診日)																																																																																																	
		(2) (1)平成・令和 年 月 日																																																																																																	
		(3) (2)平成・令和 年 月 日																																																																																																	
	発病または負傷の年月日	平成・令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 発病 <input type="checkbox"/> 負傷																																																																																																	
	労務不能と認められた期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間																																																																																																	
	うち入院期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間 入院																																																																																																	
	療養費用の別	<input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 公費() <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他																																																																																																	
	転帰	<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 繰越 <input type="checkbox"/> 転医																																																																																																	
	診療実日数	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;">月</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td> </tr> <tr> <td>○で囲んで</td> <td>月</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td> </tr> <tr> <td>ください。</td> <td>月</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td> </tr> </table>	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	○で囲んで	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	ください。	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
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																																																																				
○で囲んで	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																																																																			
ください。	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																																																																			
上記の期間中における「主たる症状および経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等(詳しく)	手術年月日 令和 年 月 日																																																																																																		
	退院年月日 令和 年 月 日																																																																																																		
症状経過からみて従来の職種について労務不能と認められた医学的な所見																																																																																																			
上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日																																																																																																			
医療機関の所在地																																																																																																			
医療機関の名称																																																																																																			
医師の氏名																																																																																																			
印 電話 ()																																																																																																			