



同年月日	平成	年	月	日	常務理事	事務長	会 計	扱 者	被扶養者 台帳照合印								
支払年月日	平成	年	月	日													
支払額		拾万	万	千	百	拾	円										
※ 支給 決定の額	法定 60 100	数	項	目	日 額	日 数	拾万	万	千	百	拾	円	資 得 格 喪	年 月 日	前 始	年 月 日	
														年 月 日	回 終	年 月 日	
※ 支給 決議書	付 加 100	平成	年	月	日	平成	年	月	日	日 間	備 考	決定標準報酬		入院期間		年 月 日から	日 間
												平成	年	月	日	日 間	法第 46 条

傷 病 手 当 金 請 求 書

健康保険

① (第 回目)

◎ 「※」印欄は記入しないでください。

被保険者証の記号・番号	④ 生 年 月 日	⑤ 支給額計算	⑥ 給付記録号	⑦ 受 代 理 人	⑧ 受 付 年 月 日
①	②	③	1 : 明大昭平 3 : 5 : 7	※ 0 : 無 1 : 有	※ 年 月 日
⑨ 被 保 険 者 (請求者) の氏名と印	(フリガナ)	(〒)	事業所 の名称	(イ)	業務の 種 別
⑩ 被 保 険 者 (請求者) の 住 所	⑩ 郵便番号	(フリガナ)	(電話番号)		
⑪ 住 所	⑪ 住所コード				
⑫ 傷 病 コード	⑬ カ ナ	(ウ) 傷 病 名	発 病 又 は 負 傷 開 始 日	⑭	年 月 日
⑮ 傷 病 コード	⑯ カ ナ			⑰	年 月 日
(ア) 障害 [厚生] 年金、手当金受給の有無	有・無・請求中	年 月 日から受給	(カ) 年金証書の記号番号		
(イ) 受 給 病 名	(キ) 障害 [厚生] 年金、手当金の額				
(ク) 老人保健医療受給者証の市町村番号	(ケ) 受給者番号	(コ) 発行機関名			
(カ) 発病の状態又は負傷の原因を詳しく					
⑱ 疾病又は負傷の療養をするため休んだ期間 (支給期間)	自 年 月 日	日 間	⑲ 第三者行為によるものですか	0 : いいえ	1 : はい
(イ) うえの⑱に書いた期間の部分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	(ロ) 報酬の支払いを受けた (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	平成 年 月 日から	平成 年 月 日まで	円
(イ) 病院の名称	(ロ) 病院の所在地				
⑳ 健康保険又は自費で入院しましたか	1. 健保 2. 公費 3. 自費 4. その他	(ハ) 入院期間	自 年 月 日	日 間	報酬月額 日 額
被扶養者がいるときは、その者の	(ニ) 氏 名	(ヘ) 生 年 月 日	(ホ) 被保険者との続柄		(備 考)
(2) 支給回数	(3) 支給算出額(手)	支給開始日	1 (4) 年 月 日	(23) 調整減額コード	(27) 調査先コード
		2 (5) 年 月 日			(28) 海外表示
					0 : 国内 1 : 海外
(29) 特別支給コード					

平成 年 月 日 提出

事業所
担当者印

領 金 円也領収いたしました。
平成 年 月 日
三菱製紙健康保険組合理事長殿
氏 名 印

※ 受 付 日 付 印

事業主が証明する欄	(ア) 労務に服さなかった期間		年 月 日から		年 月 日まで		日間						
	(イ) 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。												
	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	出 勤 有 給		
	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										日	日
	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											
	(カ) うえの期間中、報酬を全額支給した場合は支給する	(30)	(自) 年 月 日	(至) 年 月 日	日間	円	月 日額	日支払 円					
		(31)	(自) 年 月 日	(至) 年 月 日	日間	円	月 日額	日支払 円					
		(32)	(自) 年 月 日	(至) 年 月 日	日間	円	月 日額	日支払 円					
		(33)	(自) 年 月 日	(至) 年 月 日	日間	円	月 日額	日支払 円					
	(ニ) 現在までも又は将来も支給しない場合はその旨												
(ウ) うえのとおり相違ないことを証明します。 平成 年 月 日 住所 〒 事業主 氏名 ⑩ 電話(局) 番													

療養を担当した医師が意見を書くところ	(ア) 傷 病 名							
	(イ) 発 病 又 は 傷 病 の 年 月 日	年		月		日		
	(ロ) 療 養 の 給 付 を 開 始 し た 年 月 日	年		月		日		
	(ハ) 発 病 又 は 負 傷 の 原 因							
	(ニ) 労 務 不 能 と 認 め た 期 間	平成 年 月 日 から	平成 年 月 日 まで	日間	左 の 期 間 中 の 実 日 数	日間		
	(ヘ) 傷 病 の 主 状 態 お よ び 経 過 概 要	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 年 月 日		
		人工臓器等の種類		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 ()				
(ホ) うえの期間中に入院した期間がある場合はその期間	平成 年 月 日 から	平成 年 月 日 まで	日間	(ニ) 入 院 の 費 用 の 例	健保・公 費 自費・その他			
(ニ) うえのとおり相違ありません。 平成 年 月 日 住所(所在地) 〒 医師 医療機関名 氏 名 ⑩ (局) 番								

※	(34) 減 額 期 間	期間	自	年 月 日	至	年 月 日	日 数	金 額	円
	(35) 全 部 不 支 給	期間	自	年 月 日	至	年 月 日	日 数		
	(36) 不 支 給 (法 定 外)	期間	自	年 月 日	至	年 月 日	日 数		

支払金融機関の欄	(37) 支払区分	※ 振 込	(38) 預金種別	普通	(43) 銀行 金庫 農協	本店 支店
	(39) 金融機関コード	※			口座名義(カナ)	
	(40) 口座番号	※				

受取代理人の欄	(イ) 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。平成 年 月 日						
	被保険者住所 (請求者) 氏名 ⑩						
	(41) 代理人の氏名と印	(フリガナ)	(イ) 委任者と代理人との関係				
	代理人の住所	(42) 郵便番号	+	(フリガナ)			
	(43) 住所コード	※					