

健康組合記入欄	待機期間	/ ~ /	取得	・ ・	喪失	・ ・	支給開始以前	1年未満	1年以上	
	支給済	/ ~ /	法定滿了		・	・	傷手日額	前年9月平均		
	支給期間				( 日間)		・	・		
	不支給				( 日間)		・	・		
	差額支給				( 日間)		・	・		
	算出式						標 ×	×1000÷12÷30=⑩		
	支給額						⑩	×2/3= (円未満四捨五入)		

## 傷病手当金請求書 (第 回)

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証 記号・番号	—	事業所名称 所在地	
	傷病名		負傷原因 (ケガの場合)	
	療養のために休んだ 期間 (請求期間)	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日まで ( 日間)		
	休んだ期間中の報酬	<input type="checkbox"/> 全額受ける <input type="checkbox"/> 一部受ける ( 月 日 ~ 月 日まで) 報酬内訳 金額 ( 円) <input type="checkbox"/> 有給休暇 <input type="checkbox"/> 基本給 (全額・一部) <input type="checkbox"/> 諸手当 <input type="checkbox"/> 全く受けない		
	障害年金・手当金等 受給状況 (受給中は、年金証書・ 通知書写しを添付願います。)	<input type="checkbox"/> 受給あり <input type="checkbox"/> 受給予定 (受給開始予定 年 月) <input type="checkbox"/> 受給なし ↓ 年金証書番号: _____ 受給傷病名: _____ 受給額(年額): _____円		
	老齢年金の受給状況 (受給中は、年金証書・通知書写しを 添付願います。) ※退職者のみ	<input type="checkbox"/> 受給あり <input type="checkbox"/> 受給予定 (受給開始予定 年 月) <input type="checkbox"/> 受給なし ↓ 年金証書番号: _____ 受給額(年額): _____円		
	振込先口座 (被保険者名義のもの)	銀行・金庫 支店 農協・信組 出張所 普通 フリガナ 当座 <input type="checkbox"/> 座番号 <input type="checkbox"/> 座名義人		
上記のとおり請求します。 カルビー健康保険組合理事長様 令和 年 月 日 〒 - 住所 被保険者 氏名 ⑩ TEL - -				

被保険者以外の方が受領する場合のみ、下記委任状をご記入ください。

カルビー健康保険組合

委 任 状	本請求の給付金に関する受療を、下記代理人に委任します。 令和 年 月 日 住所 被保険者 氏名 ⑩
	〒 - 住所 受取代理人 氏名 ⑩ TEL - -

医師等 が証明 する欄	傷病名			傷病の主症状、経過、労務不能と認めた理由				
	発症または 負傷の原因							
	診療開始日	平成・令和	年	月	日			
	労務不能と 認めた期間	令和	年	月	日～ 令和	年	月	日（ 日間）
	診療実日数	日間						
	上記期間中 入院期間	令和	年	月	日～ 令和	年	月	日（ 日間）
上記のとおり証明します。 カルビー健康保険組合理事長様 令和 年 月 日 〒 - 医療機関等 所在地 名称 医師氏名 ⑩ Tel - -								

事業主が 証明する 欄	被保険者氏名			
	労務に服さなかった期間		令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日（ 日間）	
	賃金形態	月給・日給月給・日給・時給・ その他（ ）	賃金締切日	締切り：毎月____日 支払い：当月・翌月____日支払い
	〈期間中の勤務状況〉 出勤は○、有給は△、公休は／、欠勤は— で表示してください。			
	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		
	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		
	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		
	労務に服さなかった期間の賃金支給有無		有 ・ 無	
	労務に服さなかった期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況			
	支給期間	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /
	出勤・有給休暇日数	出勤 日 有休 日	出勤 日 有休 日	出勤 日 有休 日
	基本給@			
	通勤手当@			
扶養手当@				
手当@				
支給額計				
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 〒 - 所在地 事業所 名称 代表者名 ⑩ Tel - -				

※請求期間中の出勤簿、賃金台帳のコピーを添付してください。