

健保組合 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	/ ~ /	法定満了		・		傷手日額	前年9月平均		
	支給期間						(日間)	・	・	
	不支給							・	・	
	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)

記入例

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1年7月1日 ~ 令和1年7月31日まで (31日間)				
	休んだ期間中の報酬	<input type="checkbox"/> 全額受ける <input checked="" type="checkbox"/> 一部受ける (7月1日~7月12日まで) 報酬内訳 金額 (56,789円) <input checked="" type="checkbox"/> 有給休暇		<input type="checkbox"/> 有給休暇 <input type="checkbox"/> 全くとれない		
	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 ↓ 年金証書番	<input checked="" type="checkbox"/> 受給なし 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 checked="" type="checkbox"/> 受給あり ↓ 年金証書番号 : 0100000000	<input checked="" type="checkbox"/> 受給なし ※受給中は、年金証書・通知書写しを添付		受給額(年額) : 987,654円	
	振込先口座 (被保険者名義のもの)	普通 当座	銀行・金庫 農協・信組	支店 出張所	フリガナ	口座名義人

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1年8月1日

被保険者 氏名 (印)
TEL _____

カルビー健康保険組合

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。

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 (印)
	〒 _____ 住所 受取代理人 氏名 (印) TEL _____

医師等が証明する欄	傷病名			傷病の主症状、経過、労務不能と認められた理由
	発症または負傷の原因			
	診療開始日	平成・令和		
	労務不能と認められた期間	令和	年	
		令和	年	
	診療実日数			
上記期間中入院期間	令和	年		
	令和	年		
<p>上記のとおり証明します。</p> <p>カルビー健康保険組合理事長様</p> <p>令和 年 月 日 〒 -</p> <p>医療機関等 所在地</p> <p>名称</p> <p>医師氏名 ④</p> <p>TEL - -</p>				

医師の証明を受けてください。

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	25 26 27 28 29 30 31		
	年 月	1 2 3 4 5	5 26 27 28 29 30 31		
	年 月	1 2 3 4 5	5 26 27 28 29 30 31		
	労務に服さなかった期間の		計算・欠勤控除計算式等をしてください。		
	労務に服さなかつ				
	支給期間	/ ~			
	出勤・有給休暇日数	出勤 有休 日 日	出勤 有休 日 日	出勤 有休 日 日	出勤 有休 日 日
	基本給@				
通勤手当@					
扶養手当@					
手当@					
支給額計					
<p>上記のとおり相違ないことを証明します。</p> <p>令和 年 月 日 〒 -</p> <p>所在地</p> <p>事業所 名称</p> <p>代表者名 ④</p> <p>TEL - -</p>					

事業主の証明を受けてください。

※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。