届書コード		
3	0	5

請求上及び記入上の注意

①第一回目の請求のときは出勤簿の写しと賃金台帳の写しを添えてください。
②※印の欄は該当する文字を○で囲んでください。
③発病又は負傷原因が他人の行為によって生じたものであるときは〝第三者の行為による傷病届〟を必ず提出してください。
④〝本人の業務内容〟欄は具体的（例えば貸付・営業など）に記入してください。
⑤障害、老齢、退職を事由とする公的年金を受給中の人は、請求期間にかかる年金振込通知書等の写しを添付してください。
⑥事業主又は診療担当者の欄を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名（サイン）を記入してください。

支給決議書											
伺い年月日	年　月　日										
資格	取得	年　月　日	該当条文	常務理事	事務長	課長	課長代理	係長	担当者		
	喪失	年　月　日	法第 99条 法第103条 法第104条 法第108条 法第109条								
前回	始	年　月　日									
	終	年　月　日									
支給期間	年　月　日から　日間　年　月　日まで		支給額								
傷病名		標準報酬月額	平均　円	標準報酬日額	平均　円						
法第108条関係	年　月　日から　日間　年　月　日まで		1日当	円	一部不支給	年　月　日から　日間　年　月　日まで		理由			

健康保険　傷病手当金請求書（　　回目）

被保険者の記入欄				
被保険者の氏名		被保険者の住所	〒 TEL　（　　）	
生年月日	昭・平・令　年　月　日生	事業所の名称		
被保険者等記号番号	・	第三者行為の有無	※　有　・　無	
傷病名		発病又は負傷した状況	(1)いつ (2)どこで (3)何をしているとき	
療養のため休んだ期間（申請期間）	年　月　日から　日間　年　月　日まで	左の期間に報酬を受けた有無	※　有　・　無	
		左の期間に受診した病(医)院名		
障害厚生年金・障害手当金・老齢又は退職を事由とする公的年金を受給していますか。			※　はい・いいえ・請求中	
障害厚生年金又は障害手当金の場合、受給の原因となった傷病名＿＿＿＿＿＿＿＿				
労災保険から休業補償給付を受けていますか。		※　はい　・　いいえ　・　労災請求中		

事業主の証明欄		
本人の通常の給与の種類	※　月給・日給・日給月給・時間給 その他（　　）	事業主の住所（所在地）・氏名（名称） 〒
本人の業務内容		
給与の締切日	日	
労務に服さなかった期間	年　月　日から　日間　年　月　日まで	
報酬支払の有無	※　有　・　無	TEL　（　　）

診療担当者意見欄					
傷病名	発病又は負傷の日	療養の給付開始日	発病又は負傷の原因		
(1)	年　月　日	年　月　日			
(2)	年　月　日	年　月　日			
(3)	年　月　日	年　月　日			
労務不能と認めた期間	年　月　日から　日間　年　月　日まで	診療実日数	日	入院期間	月　日から　日間　月　日まで
労務不能と認めた症状・意見等の詳細をご記入ください。		診療担当者の住所・氏名			
		〒 TEL　（　　） 年　月　日			

静岡県信用金庫健康保険組合

受付日付印

被保険者の記号番号に代えてマイナンバーにより申請をされる場合は備考欄にご記入ください。
マイナンバーを記入した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。
※記号番号を記入した場合は添付書類は不要です。

〔備考〕

＜別　紙＞
傷病手当金

就　労　・　給　与　支　払　の　明　細

被保険者等記号		番号		氏名			
本人の給与種別	※月給・日給月給・日給・時間給 ・その他（　　）			業務内容		給与の〆切日	日
労務に服さなかった期間	年　月　日から 年　月　日まで　日間			左の期間を対象に報酬支払した（する）ことの有無		※ 有　・　無	

上記の期間内で出勤又は有給休暇の該当日（出勤は○で、有給は△で該当日を囲んでください。なお、それぞれの該当日のない場合は、斜線で全欄を抹消して下さい。）

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 日	有給 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	計	出勤 日	有給 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	計	出勤 日	有給 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	計	出勤 日	有給 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	計	出勤 日	有給 日

給与の支払状況（賃金台帳、給与支給明細書等の写し）

月 分　項目		月分	月分	月分	月分	月分
賃金計算期間		／～／	／～／	／～／	／～／	／～／
労働日数						
労働時間数						
基本賃金						
手当						
合計						

（注）療養のため休んだ期間（申請期間）の初日の属する月の前月分の給与から記入して下さい。

※日割り支給の場合の計算式

上記記載事項は原本に照らし相違ありません。
年　月　日

住　所
事　業　主
氏　名