

受 付 年 月 日		年 月 日	常務理事	事務局長	業務部長	課 長	担 当 者
伺 年 月 日		年 月 日					
決 裁 年 月 日		年 月 日					
支 給 額			円				
支 給 開 始			年 月 日				
支 給 期 間			自 年 月 日 至 年 月 日 日間				
前 回		始	年 月 日				
		終	年 月 日				

傷 病 手 当 金 請 求 書

(第 回数)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の 記号・番号	—		② 被 保 険 者 の 区 分	☐ 正職員 ☐ 月給 ☐ 日給 ☐ 時給 (正職員以外)	
	③ 事業所の名称					
	④ 仕 事 の 内 容 (具体的に)					
	⑤ 傷 病 名		⑥ 発病又は負傷 の 年 月 日	年 月 日		
	⑦ 発 病 又 は 負 傷 の 原 因 (詳しく記入のこと)					
	⑧ 労務に服することが できなかった期間	年 月 日から 年 月 日まで		日間		
	⑨ 上記期間の報酬の全部又は一部を受けたとき、又は受けることができるときは、その報酬額及び期間	年 月 日から 年 月 日まで		日間		
	⑩ 障害厚生年金又は障害手当金を受給していますか	は い 請求中 いいえ	「はい」「請求中」の場合、 受給の要因となった傷病 名と基礎年金番号等	傷病名 年金の種類 ☐ 障害厚生年金 ☐ 障害手当金	基礎年金番号 年金額 円	
	⑪ 「退職した方」 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 請求中 いいえ	「はい」「請求中」の場合、 年金の名称や基礎年金番 号等	年金の名称 基礎年金番号	年金額 円	
	⑫	上記のとおり請求します。 年 月 日				
〒□□□-□□□□ 住 所 被保険者の氏名 (印) 電 話 () 栃木県農協健康保険組合理事長 殿						

事 業 主 が 証 明 す る と こ ろ	⑬ 労務に服さなかった 期 間	年 月 日から 年 月 日まで		日間
	⑭ 上記の 期間中 の分と して支 払う報 酬関係	㊦ 全額支給した 場合、又は支 給する場合	年 月 日から 年 月 日まで	金 円 (日額 金 円)
		㊧ 一部支給した 場合、又は支 給する場合	年 月 日から 年 月 日まで	金 円 (日額 金 円)
		㊨ 現在までも 又、将来も支 給しない場合 は、その旨		
⑮	上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 (印)			

【注意事項】 第1回目の申請書には、「賃金台帳」と「出勤簿」の写しを必ず添付してください。
なお、第2回目以降の申請でも、報酬の一部が支給される場合は賃金台帳等を添付してください。
賃金が満額支給でないものについては計算式を賃金台帳の空いているところまたは別紙にてご説明ください。

療 養 を 担 当 し た 医 師 が 意 見 を か く と こ ろ	⑯ 傷 病 名		⑰ 療 養 の 給 付 開 始 年 月 日	年 月 日	
	⑱ 発病又は負傷 の 原 因		⑲ 発病又は負傷 の 年 月 日	年 月 日	
	⑳ 労 務 不 能 と 認 め た 期 間	年 月 日 から 年 月 日まで		日間	㉑ 左の期間中の 診 療 実 日 数
	㉒ 傷病の主症状 及 び 経 過 概 要 〔労務不能 と 認 め た 理 由〕	(労務不能期間については、被保険者又は被保険者であった者が従事していた本来の業務と同等の業務に、 たえうるか否かを標準にして認めてください。)			
㉓	上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 医療機関名 及び所在地 医 師 氏 名 (印) 電 話 ()				

【医師の記入上の注意】 1. 訂正箇所には医師証明の印を押印してください。
2. 労務不能と認めた傷病の症状、経過をわかりやすく記入してください。
3. 合併症の場合はすべての疾病について記載してください。

振 込 希 望 の 金 融 機 関	㉔	農 協 ・ 銀 行 本所・支所，本店・支店，出張所	
	口座番号（普通 ・ 当座） No. _____		
	(フリガナ) 被保険者の口座名義		

被保険者の口座に振込みますので、振込口座のご記入をお願いします。
なお、振込口座については間違いの無いよう、正確にご記入ください。