（健保記入欄）

支払年月日	令和　年　月　日	備考	常務理事	事務長	課長	係
支給額	円					
決定標準報酬月額	円		資格取得日	年　月　日		
期間	第　回目		資格喪失日	年　月　日		
	支給開始　令和　年　月　日					
	自　令和　年　月　日					
	至　令和　年　月　日					

傷病手当金請求書

令和　年　月　日　第　回目請求

被保険者が記入するところ

被保険者証の記号　番号	記号	被保険者氏名	
	番号	生年月日	昭和・平成　年　月　日
被保険者の現住所	〒　TEL		
勤務先事業所の名称及び所在地	名称	業種の種別	
	所在地		
傷病名		療養開始日	平成・令和　年　月　日
発病・負傷の原因		第三者行為によるものですか	□はい　□いいえ
療養をするために休んだ期間（請求期間）	自　令和　年　月　日	日数　日	請求期間内の通院回数　回
	至　令和　年　月　日		
療養の状況（休んだ（請求）期間における詳細な身体の状況）			
年金受給状況	年金の種類	障害年金 / 老齢厚生年金 / その他 / 受給なし	受給金額　円/月
（退職者のみ）失業給付の受給の有無	有 ・ 無 ・ 延長（理由：　）		
請求期間分の報酬（賃金）を受けましたか	□ 受けた　□ 受けない		
労災保険から休業補償を受けていますか	受給中 / 申請中 / 受給なし　受給中：「支給決定通知書」(写)を提出してください		

注）銀行振込となりますので、「振込を希望する銀行の欄」を記入してください。

振込を希望する銀行

銀行コード		銀行名	
店番号		支店名	
預金種目	□普通　□当座	口座番号	
口座名義	カタカナ(必ず記入)		
	漢字		

備考

・被保険者証の記号番号に代えて個人番号により申請する場合（被保険者証の記号番号を記入した場合は不要）には、備考欄に記載して下さい。
　個人番号を記載した場合は、下記内容に同意の上、☑にチェックを入れてください。
　　□本申請書の提出について、事業主に委任いたします。（委任する場合　☑）

・支給手続きに際し、健保から労働基準監督署等に休業補償の受給状況の確認を行う可能性があります。

・「公金受取口座登録制度」を利用する場合は、本申請の前に口座登録の手続きを行い、下記に☑を入れてください。（上記口座欄の記入不要）
　　□マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。

オリンパス健康保険組合

療養を担当した医師が意見を書くところ

傷病名			
発病・負傷の年月日	平成・令和　年　月　日	診療を開始した年月日	平成・令和　年　月　日
発病・負傷の原因			
労務不能と認めた期間	令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日　日間	左の期間中の診療実日数	日間
労務不能である状況がどのようなものであるか傷病の主状態及び経過概要、今後の見通しについて具体的に詳しく	この期間の身体状態		
	前月の症状との比較		
	今月の治療状況		
	今後の見通し		
入院期間	令和　年　月　日　～　令和　年　月　日　日間		

上記のとおり相違ないことを証明します。　令和　年　月　日

住所

医師　医療機関名

氏名　TEL　－　－

事業主の証明するところ

労務に服さなかった期間　令和　年　月　日～令和　年　月　日まで　日間

出勤状況

出勤日は「○」、有給休暇は「△」、公休は「公」、欠勤日は「／」でそれぞれ表示して下さい。
※初回申請時は、前月の出勤状況も記入してください。

対象年月	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
令和　年　月																															
令和　年　月																															

賃金支給

支給なし期間	令和　年　月　日～令和　年　月　日（　日間）
支給しない理由（規定等）	
従業員区分	
賃金の支給形態	月給　/　日給（日給月給を含む）　/　時給（　）円

全額又は一部を支給した場合

賃金の種別 ＼ 賃金の計算期間	正常勤務時の報酬	月　日～　月　日
月給（基本給）	円	円
日給（日給月給）/時給	円	円
通勤手当	円	円
食事手当	円	円
住宅手当	円	円
復職支援手当	円	円
手当	円	円
手当	円	円
欠勤減額	円	円
	円	円
総支給額	円	円

上記記載担当者（事業所社保担当者氏名）　内線

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

名称

代表者氏名

※　受付印

注）各欄とも記入した内容を訂正するときは　二重線と訂正印ではっきり訂正してください。

R4. 10