

(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	第 月 日				資格喪失日	年 月 日		
支給開始	年 月 日							
自	年 月 日							
至	年 月 日							

傷病手当金請求書

令和 年 月 日 第 月 日 請求

被保険者が記入するところ	被保険者証の記号番号	記号番号	被保険者の氏名と印	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	
	発病・負傷の原因			第三者行為によるものですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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	至 令和 年 月 日	日数	日
	療養の状況(休んだ(請求)期間における詳細な身体状況)			通院回数	回
	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	<input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けない				

注)銀行振込となりますので、「振込を希望する銀行の欄」に記入してください。

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	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 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、「チェックボックス(□)」にチェックを入れてください。 <input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/>)

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				
	労務不能と認められた期間	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。				
住所			令和 年 月 日		
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。																														
		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
	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		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																													
復職又は抜手手当		円	円																													
手当		円	円																													
手当		円	円																													
欠勤減額		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		※ 受付印																												
代表者氏名																																

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