

◆届出書の記載例

株健保の従業員が病気のため10月1日から会社を休んでいる場合  
 ・休んでいる期間について給与の支払はない

傷病名	胃潰瘍		
発病年月日	平成17年10月1日	発病の給付開始年月日	平成17年10月1日
発病の給付開始年月日	不明	発病の原因	不明
発病の原因	不明	発病の期間	平成17年10月1日から 平成17年10月31日まで
発病の期間	平成17年10月1日から 平成17年10月31日まで	発病の期間中の診察実日数	31
発病の期間中の診察実日数	31	傷病の主状態および経過概要	現在入院加療中
発病の主状態および経過概要	現在入院加療中	うえの期間中に入院した期間がある場合はその期間	平成17年10月1日から 平成17年10月31日まで
うえの期間中に入院した期間がある場合はその期間	平成17年10月1日から 平成17年10月31日まで	入院の費用の別	健保・公費 自費・その他
入院の費用の別	健保・公費 自費・その他	うえのとおり相違ありません。	平成17年11月10日
うえのとおり相違ありません。	平成17年11月10日	住所(所在地)	足立区梅島1-2-3
住所(所在地)	足立区梅島1-2-3	医療機関名	梅島クリニック
医療機関名	梅島クリニック	氏名	山川 周二
氏名	山川 周二	(4567番) / 234番	

  

⑭ 減額期間	自 年 月 日 至 年 月 日	金額	円
⑮ 全部不支給	自 年 月 日 至 年 月 日	金額	円
⑯ 不支給(法定外)	自 年 月 日 至 年 月 日	金額	円

  

⑰ 支払区分	⑱ 支払区別	⑲ 口座番号	⑳ 口座名義
1. 振込 2. 銀行送金 3. 郵便局送金 4. 当座払	1. 普通 2. 当座 3. 定期 4. 特種	123456789010111213141516171819202122232425262728293031	吉田八郎

  

受取代理人の欄	本請求に基づき給付金に関する権限を代理人に委任します。
受取代理人の欄	平成 年 月 日
受取代理人の欄	被保険者 住所 氏名
受取代理人の欄	代理人の氏名と印 (フリガナ)
受取代理人の欄	代理人の住所 (フリガナ)
受取代理人の欄	代理人の郵便番号
受取代理人の欄	代理人の住所コード
受取代理人の欄	〒 169-0000 新宿区新宿2-3-4
受取代理人の欄	株健保 株健保 株健保 ( 周)

健康保険傷病手当金請求書 (第 / 回)

① 受付年月日	平成17年11月14日
② 発病年月日	平成17年10月1日
③ 発病の給付開始年月日	平成17年10月1日
④ 発病の原因	不明
⑤ 発病の期間	平成17年10月1日から 平成17年10月31日まで
⑥ 発病の期間中の診察実日数	31
⑦ 発病の主状態および経過概要	現在入院加療中
⑧ 発病の期間中に入院した期間がある場合はその期間	平成17年10月1日から 平成17年10月31日まで
⑨ 入院の費用の別	健保・公費 自費・その他
⑩ 減額期間	自 年 月 日 至 年 月 日
⑪ 全部不支給	自 年 月 日 至 年 月 日
⑫ 不支給(法定外)	自 年 月 日 至 年 月 日
⑬ 支払区分	⑭ 支払区別
⑮ 口座番号	⑯ 口座名義
⑰ 代理人の氏名と印	⑱ 代理人の住所
⑲ 代理人の郵便番号	⑳ 代理人の住所コード
㉑ 代理人の住所	〒 169-0000 新宿区新宿2-3-4
㉒ 代理人の氏名	株健保 株健保 株健保 ( 周)

  

① 発病年月日	平成17年10月1日
② 発病の給付開始年月日	平成17年10月1日
③ 発病の原因	不明
④ 発病の期間	平成17年10月1日から 平成17年10月31日まで
⑤ 発病の期間中の診察実日数	31
⑥ 発病の主状態および経過概要	現在入院加療中
⑦ 発病の期間中に入院した期間がある場合はその期間	平成17年10月1日から 平成17年10月31日まで
⑧ 入院の費用の別	健保・公費 自費・その他
⑨ 減額期間	自 年 月 日 至 年 月 日
⑩ 全部不支給	自 年 月 日 至 年 月 日
⑪ 不支給(法定外)	自 年 月 日 至 年 月 日
⑫ 支払区分	⑬ 支払区別
⑭ 口座番号	⑮ 口座名義
⑰ 代理人の氏名と印	⑱ 代理人の住所
⑲ 代理人の郵便番号	⑳ 代理人の住所コード
㉑ 代理人の住所	〒 169-0000 新宿区新宿2-3-4
㉒ 代理人の氏名	株健保 株健保 株健保 ( 周)