

# 健康保険 傷病手当金請求書 (第 回)

										令和 年 月 日 提出				
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	被保険者資格取得日	平成 令和	年	月	日	被保険者資格喪失日(退職日の翌日)	平成 令和	年	月	日	
	社員番号	〒												
	被保険者氏名と印	フリガナ		㊟		被保険者(請求者)住所								
	生年月日	昭和・平成		年	月	日	電話番号 ( )							
	事業所名称	電話番号 ( )												
	傷病名									発病又は負傷年月日	平成 令和	年	月	日
	発病の状態又は負傷原因(詳しく)								第三者の行為によるものですか		いいえ・はい			
	傷病又は負傷で療養するため休んだ期間(請求期間)	平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで 日間												
	請求期間中の療養状況(詳しく)	請求期間中の病状 医師からの治療に関する指示内容												
	うえに書いた期間の部分の報酬(賃金)を受けましたか、または受けられますか	現在まで	受けた・受けない					将来	受けられる・受けられない					
報酬(賃金)を「受けた」または「受けられる」と答えた場合、その報酬の額と、その報酬支払の基礎となった(なる)期間	平成・令和	年	月	日から	の分として							円		
「障害厚生年金」または「障害手当金」について	受給中・請求中・受給なし		※受給中の場合は、「年金証書(写し)」と「年金振込通知書(写し)」を添付してください。※請求中の場合は、受給が決定いたしましたら健保へご連絡ください。											
「障害厚生年金」または「障害手当金」を「受給中」または「請求中」の場合	傷病名	基礎年金番号	年金コード	支給開始日: 令和 年 月 日から 年金額(年額): 円										
老齢年金や退職を事由とする公的年金について(退職者の方のみ)	受給中・請求中・受給なし		※受給中の場合は、「年金証書(写し)」と「年金振込通知書(写し)」を添付してください。※請求中の場合は、受給が決定いたしましたら健保へご連絡ください。											
老齢年金や退職を事由とする公的年金を「受給中」または「請求中」の場合	基礎年金番号	年金コード	支給開始日: 令和 年 月 日から 年金額(年額): 円											
今回の申請は労災保険から休業補償を受けている期間のものですか	はい・労災申請中・いいえ		※労災に該当する場合は請求できません											

支払金融機関	銀行 本店		信金・信組 ( ) 支店		
	金融機関コード	支店コード	口座番号(7桁)		
			普通・当座		
	口座名義(カタカナ)				

**【留意事項】**

1. 原則、1ヶ月単位でご請求ください。
2. 第1回目の傷病手当金の請求の場合は「同意書」もご提出ください。
3. A4コピー用紙に両面印刷してください。

委任状	本請求に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。 令和 年 月 日											
	被保険者(請求者)		㊟								※被保険者が記入するところと同一印(省略不可)	
	住所 〒											
受取代理人		電話番号 ( )		(フリガナ) 氏名		㊟		(委任者と代理人の関係)				

※やむを得ない理由により、委任払いを希望する場合には、ご申請の前に健康保険組合までご連絡ください。

社会保険労務士の提出代行者印	
㊟	

受付印

※労務に服さなかった期間の出勤簿および賃金台帳の写しを添付してください。

事業主が証明するところ	労務に服さなかった期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで	日間	
	うへの期間中にかかる分として支払った報酬（給与・手当等）	ア	金 年 月 日 ～ 円 年 ( 月 月 )	日までの分として日支払
		イ	金 年 月 日 ～ 円 年 ( 月 月 )	日までの分として日支払
		ウ	金 年 月 日 ～ 円 年 ( 月 月 )	日までの分として日支払
		エ	金 年 月 日 ～ 円 年 ( 月 月 )	日までの分として日支払
		交 通 費 (欠勤分の精算がされていない場合に記入)	金 年 月 日 ～ 円 年 ( 月 月 )	日までの分として日支払
	現在まで、将来も支給しない場合はその旨			
報酬（給与）算出の締日・支払日 および勤怠の締日・控除日	毎 月 日 締 / 当 月 日 締	・ 翌 月 日 払 ・ 翌 月 日 払		
支払額・控除額の算出式				
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				
事業主 名称				
事業主 事業主氏名		Ⓜ		
事業主 電話番号				

療養を担当した医師が意見を書くところ	患者氏名		療養を開始した年月日	平成・令和 年 月 日	
	傷病名		発病又は負傷年月日	平成・令和 年 月 日	
	発病又は負傷の原因				
	労務不能と認めた期間および日数 ※未来日付にしないでください	令和 年 月 日 から 日間	左の期間中の診療実日数	日間	
		令和 年 月 日 まで	手術年月日	平成・令和 年 月 日	
	うへの期間中に入院した期間がある場合はその期間および日数	令和 年 月 日 から 日間	転記	平成・令和 年 月 日	
		令和 年 月 日 まで		治癒・継続・中止・転医 その他 ( )	
	◎労務不能と認めた期間に行った療養の内容 <u>※全ての項目についてできるだけ詳細に記入してください。</u>				
	・投薬： <input type="checkbox"/> あり ( 月 日に 日分) ・ <input type="checkbox"/> なし (理由： )				
	・通院指導の有無： <input type="checkbox"/> あり ( 週間に 回) ・ <input type="checkbox"/> なし (理由： )				
・療養の指示内容・経過観察： (検査・手術を行った場合はその内容についても記入してください)					
・従来の職種を労務不能と認められた医学的所見					
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					
医師 医療機関名					
医師 担当主治医氏名		Ⓜ			
医師 電話番号					
※担当主治医の署名・捺印をお願いいたします。					