

「被保険者が記入するところ」と「支払金融機関」を記入し、担当主治医より「療養を担当した医師が意見を書くところ」の証明を受けた後、事業主にご提出ください。

# 傷病手当金請求書 (第 1 回)

第1回目(初回)の傷病手当金請求では、同意書もご提出ください。

令和 1 年 6 月 1 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 1	番号 121212	被保険者資格取得日	平成 令和	2	8	4	1	被保険者資格喪失日(退職日の翌日)	平成 令和						
	社員番号	99002															
	被保険者氏名と印	フリガナ ケンポ タロウ	〒 222-8563														
	生年月日	昭和 平成 3 年 4 月 5 日										電話番号	045 ( 〇〇〇 ) 〇〇〇〇				
	事業所名称	株式会社マクニカ										電話番号	045 ( 〇〇〇 ) 〇〇〇〇				
	傷病名	〇〇〇〇	第三者行為(交通事故等)による場合、申請前に健保へご連絡ください								発病又は負傷年月日	平成 令和	3	1	4	1	3
	発病の状態又は負傷原因(詳しく)	平成31年4月13日の夜、突然、自宅で発症、入院し手術をした。原因は不明。										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 1 年 5 月 1 日 から 平成 令和 1 年 5 月 31 日まで 31 日間															
	請求期間中の療養状況(詳しく)	請求期間中の病状 緊急入院し手術した。退院後は処方された薬を服用し自宅療養しながら通院加療。 医師からの治療に関する指示内容 薬の服用と通院加療し、医師が許可するまでは、会社を休んで自宅で安静にしているように指示された。															
	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										

支払金融機関	〇〇〇	銀行 信金・信組 ( )	〇〇〇	本店 支店
	金融機関コード	支店コード	口座番号(7桁)	
	〇〇〇〇	〇〇〇	普通 当座	1234567
口座名義(カタカナ)	ケンポ タロウ			

- 【留意事項】
- 原則、1ヶ月単位でご請求ください。
  - 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。
  - 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)	原則、委任払いでの申請は受け付けできません。 やむを得ない理由により、代理人に委任する場合は、ご申請の前に健康保険組合までご連絡ください。	同一印(省略不可)
	受取代理人	(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 支払った報酬（給与・手 当）	ア	金 年 月 日～ 円 年 月 月	日までの分として 日支払）
		イ	年 月 日～ 年 月 月	日までの分として 日支払）
				日までの分として 日支払）
				日までの分として 日支払）
				日までの分として 日支払）
	現在まで、将来も支給し 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 日 締 日	当 月 当 月	翌 月 翌 月 日 払 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				
事業主氏名	Ⓜ			
電話番号				

「被保険者が記入するところ」と「支払金融機関」を記入し、担当主治医より「療養を担当した医師が意見を書くところ」の証明を受けた後、事業主にご提出ください。  
この欄を事業主が証明し、事業主から健保へ提出されます。  
※ この欄に記入誤りがある場合には、訂正印(事業主印)をお願いいたします。

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 ※未来日付にしない	療養実日数	日間
	うへの期間中に入院し 場合はその期間お	<ul style="list-style-type: none"> <li>この欄は、必ず担当主治医に記入をお願いして下さい。</li> <li>担当主治医の署名捺印を受けてください。</li> <li>この欄に記入誤りがある場合には、担当主治医の訂正印を受けてください。</li> </ul>	
		平成・令和 年 月 日	平成・令和 年 月 日
	◎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			
担当主治医氏名	Ⓜ		
電話番号			
※担当主治医の署名・捺印をお願いいたします。			