

健康保険傷病手当金請求書(第 回)

◎記入するときは、この欄の訂正は本人の印を、うら面の説明事項をよく読んで誤りがないようにしてください。

①	被保険者証の記号・番号	③ 被保険者(請求者)の氏名と印	(フリガナ)	④ 生 年 月 日	昭和 平成 年 月 日
被保険者のマイナンバー		※被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です			
⑤	被保険者(請求者)の住所	電話 ()			
⑦	事業所の名称	④ 被保険者の業務の種類			
⑧	傷病名	標準報酬月額	千円		
⑥	発病または負傷の年月日	午前 午後	年 月 日	① 発病または負傷原因を詳しく	
第三者行為によるものですか いいえ ・ はい					
③	病気またはけがのため休んだ期間(請求期間)	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	ただし 日間	日は出勤のため除く	
(請求期間から除くときは各日を記入してください)					
④	⑦ 給料を受けたかどうか	ア. 全部受けた ウ. 全部受けられる オ. 受けられない	イ. 一部受けた エ. 一部受けられる	年 月 日から 年 月 日まで	日間の内 日分 円
⑦	入院したとき	③ 健康保険または自費で入院しましたか	1. 健保 2. 公費 3. 自費 4. その他	⑨ 入院期間	年 月 日から 年 月 日まで
④	入院した病院の名称	④ 入院した病院の所在地			
②	介護保険法のサービスを受けたとき	保険者番号	被保険者番号	保険者名称	
⑦ 障害厚生年金又は障害手当金を受給していますか はい・いいえ・請求中					
同じ傷病で障害厚生年金または障害手当金を受けているとき		障害厚生年金(同一の支給事由の障害基礎年金を含む)または障害手当金の額	(年額) 円	年金等を受けられることとなった傷病名	支給開始年月日 昭和 平成 年 月 日
③ 資格喪失した方 ④ ③ で「はい」と答えた場合、基礎年金番号、年金コード、支給開始年月日、年金額を記入してください。 「請求中」と答えた場合は基礎年金番号のみを記入してください。					
基礎年金番号		年金コード	支給開始年月日	年金額(年額) 円	
③ 労務に服さなかった期間 出勤は○で、有給は△で、欠勤(土・日・祝日も連続して休んでいるときは同じ)は/でそれぞれ表示してください。					
年 月 日から	年 月 日まで	年 月 日間	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	欠勤 日	有給 日
うえの期間中の分として、報酬を全部又は一部支給した場合又は支給する場合		種 類	基本給	扶養手当	通勤手当
× 切日()日		月 分	円	円	円
現在までも又は将来も支給しない場合はその旨		月 分	円	円	円
月給・日給・日給月給・時間給・その他			月 日から出勤		
月 日			受付年月日		
事業所所在地			事業所名称		
事業所氏名			電話 () 番		

「初回請求分」には請求期間中の賃金台帳と出金簿(タイムカード)の写を添付してください。

この欄の訂正は医師の印

医師が 意 見 を か く と こ ろ	② 傷病名					
	② 発病または負傷の原因					
	⑤ 発病または負傷の年月日	昭和 平成 年 月 日	⑦ 診療を開始した年月日	昭和 平成 年 月 日		
	⑧ 労務不能と認められた期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	日間	⑦ 左の期間中の診療実日数	日	
	上記⑧の期間のうち入院した期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	日間	⑨ 入院の費用の別	健康保険・公費 自費・その他	
	⑨のうち 外来診療日 を○で囲む	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	計		
		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	日		
		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	日		
	⑦ (1) 労務不能と認められた期間中における「主たる症状および経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等について(詳しく)					
	(2) 症状経過からみて従来の職種について労務不能と認められた医学的な所見					
(いつ頃から就労出来るそうですか 年 月 日頃・未定)						
⑩ 人工透析を実施又は人工臓器装着したとき	人工透析を実施又は人工臓器装着したとき	人工臓器等の種類	ア. 人工肛門 オ. 人工透析	イ. 人工関節 カ. その他()	ウ. 人工骨頭 エ. 心臓ペースメーカー	
上記のとおり相違ありません。 平成 年 月 日 住所(所在地) 医療機関名 医師氏名 電話 () 番						
申請者が記入するところ	銀行等に振込を希望する場合		口座預金種別	預金口座名義人の氏名		
	銀行	支店	1. 普通 2. 当座 3. 貯蓄	(フリガナ)		
	金庫		預金口座番号			
農協						
↑ 被保険者(申請者)名義のもの(受領委任をする場合は代理人名義のもの)を記入してください。						
受取代理人の欄	本請求に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。平成 年 月 日		代理人の氏名・印		被保険者(申請者)との関係	
	被保険者(申請者)		(フリガナ)			
	住所	郵便番号	代理人の住所・電話番号			
	氏名		(フリガナ)			
			電話 ()			
社会保険労務士氏名・印						

この欄は給付金の受取を代理人に委任する場合はのみ記入してください。