

健康保険傷病手当金請求書(第 回)

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

被保険者証の記号・番号		③ (フリガナ) ウンユ タロウ		④ 生 年 月 日	
①	1 1 1 1 2 2 2 2	被保険者(請求者)の氏名と印 運輸 太郎 (運輸)		昭和	平成 5 0 0 1 0 1
⑤ (フリガナ) コウベンチュウクウチ		被保険者(請求者)の住所 〒 ×××× ×××× 神戸市中央区 町×××		電話 () ××××	
⑥ 事業所の名称	株式会社		⑦ 被保険者の業務の種別	運転手	
⑧ 傷病名	胆石症		標準報酬月額	300 千円	
⑨ 発病または負傷の年月日	21年7月20日 午前8時10分		⑩ 発病または負傷原因を詳しく 腹部が痛み耐えられなかった		
⑪ 第三者行為によるものですか		はい・いいえ・はい			
⑫ 病気またはけがのため休んだ期間(請求期間)	平成21年7月21日から平成21年7月31日まで		ただし 11 日間は出勤のため除く(請求期間から除くときは各日を記入してください)		
⑬ ①の給料を受けたかどうか	ア.全部受けた ウ.全部受けられる イ.一部受けた エ.一部受けられる		年 月 日から 年 月 日まで 日分		
⑭ 入院したとき	⑮ 健康保険または自費で入院しましたか		⑯ 入院した病院の名称		
⑰ 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	
⑱ 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			
⑲ ①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	
21年7月21日から21年7月31日まで		11		昭和 平成 年 月 日	
⑳ 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。			
21年7月21日から21年7月31日まで		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			
11 日間		欠勤 日 有給 日			
㉑ 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	
月分		円		円	
月分		円		円	
月分		円		円	
㉒ 現在までも又は将来も支給しない場合はその旨		月給・日給・日給月給・時間給・その他		月 日から出勤	
事業所所在地		神戸市中央区 町×××		受付年月日	
事業所名称		株式会社		代表者印	
事業所氏名		代表取締役		() ×××× 番	

記入例
この欄の訂正は医師の印
「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。

⑫ 傷病名	胆石症	
⑬ 発病または負傷の原因	症状悪化の為	
⑭ 発病または負傷の年月日	昭和 平成 年 月 日	⑮ 診療を開始した年月日
⑯ 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	⑰ 左の期間中の診療実日数
上記⑯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	⑱ 入院の費用の別
⑲のうち外来診療日を囲む	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
⑳ (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)		
㉑ (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		
㉒ (いつ頃から就労出来そうですか 年 月 日頃・未定)		
㉓ 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を装着した日	昭和 平成 年 月 日
人工臓器等の種類	ア.人工肛門 イ.人工関節 ウ.人工骨頭 エ.心臓ペースメーカー オ.人工透析 カ.その他()	
㉔ 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		
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 金庫 ××× 支店	1.普通 2.当座 3.貯蓄	(フリガナ) ウンユ タロウ
農協	預金口座番号	運輸 太郎
↑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。		
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。	代理人の氏名・印	被保険者(申請者)との関係
平成 年 月 日	(フリガナ)	
被保険者(申請者)	郵便番号	代理人の住所・電話番号
住所	(フリガナ)	
氏名		電話 ()
社会保険労務士氏名・印		