

健康保険傷病手当金請求書

(第 回目)

被保険者証 の記号番号	被保険者名		昭和・平成 年 月 日			
	生年月日		昭和・平成 年 月 日			
被保険者住所 電話番号	〒 電話 () 番					
事業所の名称				業務の種類別		
資格取得日	昭和・平成・令和 年 月 日	傷病名				
発病または 負傷の年月日	昭和・平成・令和 年 月 日					
発病または 負傷の原因 (詳しく)						
療養の為休んだ期間 (請求期間)	年 月 日から 日間 年 月 日まで					
うへの療養の為休んだ期 間の報酬を受けられまし たか又は受けられますか	・受けた ・受けない	・受けられる ・受けられない	報酬の支払を受けた(受け られる)ときは、その報酬 の額とその基礎となった (なる) 期間	年 月 日から 年 月 日まで の分として 円		
うへの期間中に報酬(賃金)の全部ま たは一部を受けたときまたは受けられ るときはその期間および報酬額	年 月 日から 日間 年 月 日まで			円		
障害厚生年金又は障害手当金を受給し ていますか	基礎年金番号		障害厚生年金又は障害手当金の受給の 原因となった傷病名			
いいえ・請求中・はい						
任意 継続 被保 険者 及び 資格 喪失 者	老齢又は退職を事由とする公的年金を受給していますか			いいえ・請求中・はい		
	年金コード又は記号番号もしくは番号			年金額		
				円		
				円		
	年金の合計額			円		
委任 状	私は _____ を代理人と認め 年 月 日に請求した傷病手当金の受領方を委任します。					
	年 月 日					
	本人 住所 氏名 代理人 住所 氏名					
支払 金融 機 関 の 欄	支払区分	振 込	預 金 種 別	1. 普 通 2. 当 座	銀行 金庫 農協	本店 支店
	金融機関 コード		店 番 号		郵便局	
	口座番号				フリガナ 口座 名義	

- ・第一回目の請求の場合は、賃金台帳と出勤簿(写)を期間分添付してください。
- ・負傷の原因が外傷であるものは「負傷の原因」等についての届出が必要になります。
- ・なお訂正した時は、それぞれの欄の記入者が氏名末尾に押した印と同じ印を訂正印として押してください。

療養の為労働に服さなかった期間	年 月 日から	日間	左記の休業期間の内訳	欠勤	有給	公休	その他	出勤日		
	年 月 日まで			日	日	日	日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
上記期間中の報酬の支給の有無一部の間について支給した(する)場合を含む(いずれかに○)	ア. 基本給・手当のいずれも支給しない	当該被保険者の給与形態○印			給与の締切日			給与の支給日		
	イ. 基本給・手当とも支給した(する) ウ. 基本給のみ支給した(する) エ. 手当のみ支給した(する)	月給 ・ 日給 月給 日給 ・ その他			毎月 日～ 日			当月・翌月 日		
事業主が記入するところ	上記の労働に服さなかった期間について報酬の全部または一部を支給した(する)場合。	基本給	年 月 日 ～ 年 月 日	円						
		家族手当	年 月 日 ～ 年 月 日	円						
		通勤手当	年 月 日 ～ 年 月 日	円						
	月を単位として支給するものについては、支給の締切期間ごとに1ヵ月分の額を記入して下さい。(この場合、締切期間内に出勤した期間があるときは、その出勤した期間を含めて1ヵ月分の額を記入してください。)		年 月 日 ～ 年 月 日	円						
			年 月 日 ～ 年 月 日	円						
			年 月 日 ～ 年 月 日	円						
			年 月 日 ～ 年 月 日	円						
			年 月 日 ～ 年 月 日	円						
			年 月 日 ～ 年 月 日	円						
			年 月 日 ～ 年 月 日	円						
			年 月 日 ～ 年 月 日	円						
			年 月 日 ～ 年 月 日	円						
現在までも又は将来も支給しない場合はその旨										
上記のとおり相違ないことを証明します。				年 月 日						
事業所名称										
所在地										
事業主氏名										

療養を担当した医師が意見を書くところ	傷病名					
	発病又は負傷の年月日	年 月 日	療養の給付を開始した年月日	年 月 日		
	発病又は負傷の原因					
	労務不能と認められた期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間	左の期間中の診療実日数	日間	
	傷病の主状態及び経過概要	人工透析または人工臓器等を装着した時	人工透析を実施 又は人工臓器を装着した日	年 月 日		
		人工臓器等の種類	人工肛門 人工透析	人工膀胱 その他()	人工関節	人工骨頭 心臓ペースメーカー
	うえの期間中入院した期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間	入院費用別	健保・公費・自費・その他	
	うえのとおり相違ありません。				年 月 日	
	住所(所在地)					
	医療機関名					
医師氏名						
電話番号 ()						