健康保険傷病手当金請求書

（第　1　回目）

被保険者が記入するところ

被保険者証の記号番号	47 2	被保険者名	健保　太郎	
		生年月日	(昭和)・平成　45 年　10 月　16 日	
被保険者住所 電話番号	〒　160 － 0023 東京都〇〇市△△３－２－１ 電話　03（3×43）0×××　番			
事業所の名称	株式会社　□□□		業務の種別	事務
資格取得日	昭和・(平成)・令和 10 年　4 月　1 日	傷病名	胃潰瘍	
発病または負傷の年月日	昭和・(平成)・令和 16 年　7 月　15 日			
発病または負傷の原因（詳しく）	不詳（会社で受けた検診で見つかった）			
療養の為休んだ期間（請求期間）	2019 年　7 月　15 日から 2019 年　8 月　16 日まで	31 日間		
うえ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　・受けられる ・受けない　・(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	
うえの期間中に報酬（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 年　月　日まで　日間　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
		円
	年金の合計額	円

委任状

私は　山田　三郎　を代理人と認め 2019年　8 月　16 日に請求した傷病手当金の受領方を委任します。

2019年　8 月　16 日

本　人　住所　東京都〇〇市△△３－２－１
　　氏名　健保　太郎

代理人　住所　東京都〇〇区１－８－１
　　氏名　山田　三郎

支払金融機関の欄

支払区分	振　込	預金種別	1. 普通　2. 当座
金融機関コード		店番号	
口座番号		フリガナ 口座名義	

銀行・金庫・農協　本店・支店　郵便局

・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。

事業主が記入するところ

療養の為労務に服さなかった期間	2019年 7月 15日から 2019年 8月 16日まで	31日間

左記の休業期間の内訳	欠勤	有給	公休	その他	出勤日
	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期間について支給した(する)場合を含む(いずれかに○)	当該被保険者の給与形態○印	給与の締切日	給与の支給日
(ア). 基本給・手当のいずれも支給しない 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 21日～ 20日	(当月)・翌月 25日

上記の労務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。

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。）

基本給	年	月	日	～	年	月	日 円
	年	月	日	～	年	月	日 円
家族手当	年	月	日	～	年	月	日 円
	年	月	日	～	年	月	日 円
通勤手当	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
	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	現在までも又は将来も支給しない

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 株式会社 □□□

所在地 東京都○○区１－８－１

事業主氏名 代表取締役 仁本 一朗

療養を担当した医師が意見を書くところ

傷病名	胃潰瘍

発病又は負傷の年月日	不詳 2019年 月 日	療養の給付を開始した年月日	2019年 7月 15日
発病又は負傷の原因			
労務不能と認めた期間	2019年 7月 15日から 2019年 8月 16日まで 31日間	左の期間中の診療実日数	4日間

傷病の主状態及び経過概要	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 人工膀胱 人工関節 人工骨頭 心臓ペースメーカー 人工透析 その他（ ）	

うえの期間中入院した期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間	入院費用の別	(健保)・公費・自費・その他

うえのとおり相違ありません。

2019年 9月 2日

住所（所在地） 東京都□□△○６－５－４

医療機関名 医科大学付属○□病院

医師氏名 医院 太郎

電話番号 03 （△□△△）△□□□