

※太枠内を訂正するときは、それぞれの訂正印にて訂正してください。

保険証の記号と番号を記入してください。

委任者は、請求書に押印されたものと
同じ印で押印してください。

本来支給すべき額を記入してください。
(実際に支給する額ではありません。)

3か月以上まとめて請求する場合は、
もう一枚を点線の所で切り取って貼付け、
2か所に割印（事業所印）を押印してください。

療養のために仕事を
休んだ期間を記入し
てください。

健康保険傷病手当金請求書 (第 1 回)

令和 1 年 11 月 13 日

①被保険者の記号・番号 950 80	②事業所の名称 愛鉄工業 株式会社	③被保険者の生年月日 平成 33 年 3 月 3 日	④仕事の内容 機械工
⑤被保険者 (請求者の)氏名 中村 太郎		⑥傷病名 腰痛症	
⑦住所 〒453-0804 名古屋市市中村区黄金通 1丁目18番地		⑧の請求期間中の 症状、受診状況 など(詳しく) 腰に弱い痛みがあり、 自宅で安静にしていた。	
⑨電話番号 自宅 (052) 461-6131 携帯		⑩の請求期間中の 出勤状況 有給 10/11 10/16	
⑪発病又は 負傷年月日 1 年 10 月 1 日 (日曜日) 午前・午後 10 時頃		⑫発病又は 負傷の事由 自宅階段を 踏みはずし腰を打った。	
⑬発病又は 負傷の原因 場所 (どこで) 自宅内		⑭発病又は 負傷の場所 (どこで) 自宅内	
⑮発病又は 負傷等した ときは 第三者行為によるもの <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> ない		⑯発病又は 負傷の原因 事由 交通事故 <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> ない	
⑰(フリガナ) 氏名 中村太郎		⑱(フリガナ) 氏名 松本太郎	
⑲(フリガナ) 住所 名古屋市市中村区黄金通 1丁目18番地		⑳(フリガナ) 住所 名古屋市市中区五の丸135	
⑳(フリガナ) 事業所名 愛鉄工業 株式会社		㉑(フリガナ) 事業所名 名古屋病院	
㉒(フリガナ) 代表取締役 愛鉄達太郎		㉓(フリガナ) 代表取締役 松本太郎	

⑭発病又は負傷の原因(その他の状況) **自宅内**

⑮発病又は負傷の事由(その他の状況) **自宅内**

⑯発病又は負傷の原因(その他の状況) **自宅にて階段を踏みはずした**

⑰(フリガナ) 氏名 **中村太郎**

⑱(フリガナ) 氏名 **松本太郎**

⑲(フリガナ) 住所 **名古屋市市中村区黄金通 1丁目18番地**

⑳(フリガナ) 住所 **名古屋市市中区五の丸135**

㉑(フリガナ) 事業所名 **愛鉄工業 株式会社**

㉒(フリガナ) 代表取締役 **愛鉄達太郎**

㉓(フリガナ) 代表取締役 **松本太郎**

請求期間内に出勤・有給のある場合には、その各日を正確に記入してください。

負傷原因を詳しく記入してください。

該当する箇所を○で囲んでください。

第三者行為による場合は、「第三者行為による傷病届」等が必要です。

同意の有無について該当する箇所を○で囲んでください。

被保険者の個人口座へ振り込みを希望する場合に記入してください。
なお、その場合は委任欄への記入はしないでください。

委任を希望される場合のみご記入ください。

被保険者証の記号番号を記入した場合は、
マイナンバー(個人番号)の記入は不要です。

同じ傷病で障害年金・障害手当金を受けているとき、
退職後、老齢年金を受けているときは必ず記入してください。
また、金額のわかる振込み通知書等の写しを添付してください。

労務不能と認められた期間より
後に証明を受けてください。

①	労働に服さなかった期間 欠勤—○ 有給—△ 出勤—× 公休—公 と表示	月 1 年 10 月 1 日 から 1 年 10 月 20 日 まで	出勤日数 9	欠勤日数 1
②	③給料の種類 月給(給料月給) 日給・時間給 ④給料締切日 ⑤末日 ⑥給料支払日 ⑦当月 10 日	⑧給料の額 月給(給料月給) 123,138 日給・時間給 4,783 ⑨給料締切日 ⑩末日 ⑪給料支払日 ⑫当月 10 日	⑬出勤簿の写しを添付してください。	
⑭	⑮	⑯	⑰	
⑱	⑲	⑳	㉑	
㉒	㉓	㉔	㉕	
㉖	㉗	㉘	㉙	
㉚	㉛	㉜	㉝	
㉞	㉟	㊱	㊲	
㊳	㊴	㊵	㊶	
㊷	㊸	㊹	㊺	
㊻	㊼	㊽	㊾	
㊿	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	
㉜	㉝	㉞	㉟	
㊱	㊲	㊳	㊴	
㊵	㊶	㊷	㊸	
㊹	㊺	㊻	㊼	
㊽	㊾	㊿	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	㉜	㉝	
㉞	㉟	㊱	㊲	
㊳	㊴	㊵	㊶	
㊷	㊸	㊹	㊺	
㊻	㊼	㊽	㊾	
㊿	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	
㉜	㉝	㉞	㉟	
㊱	㊲	㊳	㊴	
㊵	㊶	㊷	㊸	
㊹	㊺	㊻	㊼	
㊽	㊾	㊿	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	㉜	㉝	
㉞	㉟	㊱	㊲	
㊳	㊴	㊵	㊶	
㊷	㊸	㊹	㊺	
㊻	㊼	㊽	㊾	
㊿	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	
㉜	㉝	㉞	㉟	
㊱	㊲	㊳	㊴	
㊵	㊶	㊷	㊸	
㊹	㊺	㊻	㊼	
㊽	㊾	㊿	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	㉜	㉝	
㉞	㉟	㊱	㊲	
㊳	㊴	㊵	㊶	
㊷	㊸	㊹	㊺	
㊻	㊼	㊽	㊾	
㊿	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	
㉜	㉝	㉞	㉟	
㊱	㊲	㊳	㊴	
㊵	㊶	㊷	㊸	
㊹	㊺	㊻	㊼	
㊽	㊾	㊿	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	㉜	㉝	
㉞	㉟	㊱	㊲	
㊳	㊴	㊵	㊶	
㊷	㊸	㊹	㊺	
㊻	㊼	㊽	㊾	
㊿	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	
㉜	㉝	㉞	㉟	
㊱	㊲	㊳	㊴	
㊵	㊶	㊷	㊸	
㊹	㊺	㊻	㊼	
㊽	㊾	㊿	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	㉜	㉝	
㉞	㉟	㊱	㊲	
㊳	㊴	㊵	㊶	
㊷	㊸	㊹	㊺	
㊻	㊼	㊽	㊾	
㊿	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	
㉜	㉝	㉞	㉟	
㊱	㊲	㊳	㊴	
㊵	㊶	㊷	㊸	
㊹	㊺	㊻	㊼	
㊽	㊾	㊿	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	㉜	㉝	
㉞	㉟	㊱	㊲	
㊳	㊴	㊵	㊶	
㊷	㊸	㊹	㊺	
㊻	㊼	㊽	㊾	
㊿	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	
㉜	㉝	㉞	㉟	
㊱	㊲	㊳	㊴	
㊵	㊶	㊷	㊸	
㊹	㊺	㊻	㊼	
㊽	㊾	㊿	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	㉜	㉝	
㉞	㉟	㊱	㊲	
㊳	㊴	㊵	㊶	
㊷	㊸	㊹	㊺	
㊻	㊼	㊽	㊾	
㊿	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	
㉜	㉝	㉞	㉟	
㊱	㊲	㊳	㊴	
㊵	㊶	㊷	㊸	
㊹	㊺	㊻	㊼	
㊽	㊾	㊿	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	㉜	㉝	
㉞	㉟	㊱	㊲	
㊳	㊴	㊵	㊶	
㊷	㊸	㊹	㊺	
㊻	㊼	㊽	㊾	
㊿	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	
㉜	㉝	㉞	㉟	
㊱	㊲	㊳	㊴	
㊵	㊶	㊷	㊸	
㊹	㊺	㊻	㊼	
㊽	㊾	㊿	①	
②	③	④	⑤	