

# 健康保険傷病手当金請求書

(第 回)  
年 月 日

①被保険者証の記号・番号		②事業所の名称		③被保険者の生年月日		④仕事の内容	
				昭和 平成 年 月 日			
⑤被保険者 (請求者)の氏名		⑥傷病名		⑦住所		⑧病気やけがで仕事を休んだ期間 (請求期間)	
				〒 -		年 月 日から 年 月 日まで	
⑨電話番号		自宅 ( ) - 携帯 - -		⑩の請求期間中の 症状、受診状況 など(詳しく)			
⑪発病又は 負傷年月日		年 月 日 ( 曜日) 午前 ・ 午後 時頃		⑫上記期間内 に出勤又は 有給扱いと した月日		出勤 月/日 有給 月/日	
⑬発病又は 負傷の原因		(目的) (その時の状況)		⑭仕事を休んだ 期間の給料は		基本給 全額支給される・一部支給・支給されない 諸手当 全額支給される・一部支給・支給されない	
⑮発病又は 負傷の 場所		(どこで)		⑯年齢・障害年金または障害手当金を受けて いる・いない・申請中		年金額または手当金額 円 ※受けている場合は、直近の年金振込通知書の 写しを添付してください。	
⑰負傷等し たときは		出勤前・出勤途中・勤務中・休憩中 退社途中・帰宅後・休日・その他 ( )		⑱傷病手当金受給要件確認のため、健康保険組合が 必要事項について調査することに 同意する ・ 同意しない			
⑲第三者行為に よるもので		ある ない		交通事故で		ある ない	
⑳(フリガナ) 払渡し希望 銀行の口座		銀行 信用金庫		普通 当座 貯蓄		店番 口座番号 フリガナ 氏名	
						口座名義人氏名	

本請求書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより請求する場合は、備考欄へ記載してください。また、事業主様経由で提出する場合は必ず上記委任欄に☑を入れてください。

(マイナンバーを記載した場合は、「個人番号確認(通知カード又は個人番号記載住民票の写し等)」及び「本人確認(運転免許証又はパスポートの写し等)」が必要です。また事業主様経由で提出する場合は、「代理人の身元確認書類(事業主の運転免許証の写し等)」が必要となります。)

備考欄	
金額の受領を委任する ときに記入するところ	⑰本請求に基づく給付金の受領を下記の者に委任します。 年 月 日 被保険者(請求者)氏名 委任された者の 事業所名 _____ ⑱ 住 所 _____ 氏 名 _____ ⑲

◎太枠欄を訂正する場合、訂正印として請求者印と同じ印を押印してください。

事業主が証明するところ	⑮労務に服さなかった期間 欠勤-○ 有給-△ 出勤-× 公休-公 と表示	月	年 月 日 から		年 月 日 まで		出勤	有給	欠勤
			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	日	日
			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	日	日
			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	日	日
	⑲給料の種類	月給・日給月給・日給・時間給 その他 ( )		⑳給料締切日	日給	㉑給料支払日	当月 翌月	日	日
	1ヵ月の基本給・諸手当の額 (支給の有無に関係なく記入)		㉒基本給や諸手当の支給状況(給料の締切単位に記入してください)						
			月 日 月 日	月 日 月 日	月 日 月 日	欠勤控除の計算方法 ※必ず記入してください。			
	基本給(月額 円) 時給額 円								
	家族手当(1ヶ月 円)								
	住宅手当(1ヶ月 円)								
通勤手当(1ヶ月 円)									
役職手当(1ヶ月 円)									
(1ヶ月 円)									
(1ヶ月 円)									
(1ヶ月 円)									
総支給額									
被保険者の業務内容(詳しく記入してください)									
上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 事業所の所在地 (記載者氏名) 名称 事業主の氏名 ⑲ TEL ( ) -									
療養を担当した医師が記入するところ	㉓ 労務不能と認められた傷病名	㉔ 発病又は負傷年月日	㉕ 療養給付開始日(初診日)		㉖ 発病又は負傷の原因				
		昭和・平成・令和 年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日						
		昭和・平成・令和 年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日						
		昭和・平成・令和 年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日						
	㉗ 労務不能と認められた期間	㉘ 左記期間における 診療実日数	㉙ ㉗期間中における、傷病の主症状及び経過概況、治療内容、 検査結果、療養指導など(詳しく)						
	年 月 日 年 月 日	日間	日						
	㉚ 入院期間	健保・自費・公費 その他 ( )	㉛ 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(詳しく)						
	年 月 日 年 月 日	日間							
		⑳ 転帰							
		治癒・繰越 中止・転医							
㉜ 人工透析又は 人工臓器装着の とき	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							
	人工透析を実施又は人工臓器を装着した日	年 月 日		受付日付印					
	年 月 日								
	医療機関所在地 名 称 診療科・医師氏名			⑲					

◎申請期間の賃金台帳・出勤簿の写しを添付してください。