

# 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 - -		⑧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		⑩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	
⑫発病又は 負傷の原因		(目的)		⑬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	
⑫ 発病又は負傷の原因		(その時の状況)		⑭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	
⑫ 場所		(どこで)		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。	
⑫ 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 ( )		⑮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	
⑫ 第三者行為によるもので		ある ない		交通事故で		ある ない	
				※上記に同意を頂いた後、後日、他機関へ照会するため 新たに同意書を提出いただく場合があります。			
<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は下記の欄を記入。) 注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。							
⑯フリガナ		店番		口座名義人氏名			
フリガナ		フリガナ		フリガナ			
⑯ 払渡し希望 銀行の口座		普通 当座 貯蓄		口座番号		氏名	
銀行の口座		銀行 信用金庫		本店 支店		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 _____ 住所 _____ 氏名 _____

◎訂正する場合は、二重線で訂正してください。

事業主が証明するところ	⑮労務に服さな かった期間 欠勤一〇 有給一△ 出勤一× 公休一公 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 締	㉑給料支払日	当月 翌月 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	給料の計算方法 ※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 TEL ( ) -						
療養を担当した医師が記入するところ	⑳ 労務不能と認めた傷病名	㉑ 発病又は負傷年月日	㉒ 療養給付開始日(初診日)	㉓ 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			
	㉔ 労務不能と認めた期間	㉕ 左記期間における 診療実日数	㉖ ㉔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 日間	日				
	年 月 日 日間	日				
	㉗ 入院期間	健保・自費・公費 その他( )	㉘ 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 日間	⑲ 転 帰				
	年 月 日 日間	治癒・繰越 中止・転医				
㉙ 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		
	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				

◎申請期間の賃金台帳・出勤簿の写しを添付してください。