**健康保険傷病手当金請求書**

**◎　訂正する場合は、二重線で訂正してください。**

（第　　　　　回）

　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **被保険者が記入するところ** | 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 |
| ⑧の請求期間中の　　症状、受診状況など（詳 し く） |  |
| ⑨電話番号 | 自宅 | （　　　　　）　　　　　－ |
| 携帯 | 　　　　　－　　　　　　－ |
| 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等 | 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 |
| ⑭老齢・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 |
| （その時の状況） | ※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。 |
| 年金証書の記号番号 |  |
| 障害年金または障害手当金の | 傷病名 |  |
| 場　所 | （どこで） |
| 認定年月日 | 　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 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 |
| 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。 |
| □ 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☑　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 |  |  | 普通当座貯蓄 | 店番 |  | 口座名義人氏名 |
| フリガナ |  |
| 払渡し希望銀行の口座 | 銀　　行信用金庫 | 本　　店支　　店 | 口座番号 | 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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **事業主が証明するところ** | ⑱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 | 　　　　日締 | 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）月　 額　　　　 　 円時給額　　　　　　 円 | 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 (　　 　　　　 ） |  |  |  |  |
| 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** | 　労務不能と認めた傷病名 | 発病又は負傷年月日 | 療養給付開始日（初診日） | 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 |
| 　労務不能と認めた期間 | 左記期間における診療実日数 | 　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　　年　　月　　日 | 日 |  |
| 入院費用の別 |
| 　入院期間 | 健保・自費・公費その他（　　 　） |  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　　年　　　月　　　日 | 　　転　　帰 |  |
| 治癒・繰越中止・転医 |
| 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　　　 |

（令和4年10月1日　改）

**◎　申請期間の賃金台帳・出勤簿の写しを添付してください。**