

健康保険 傷病手当金請求書 (第 回)

被保険者（請求者）が記入するところ	被保険者証の記号	被保険者の氏名							
	被保険者証の番号	生年月日							
	被保険者の現住所	電話							
	事業所の名称	仕事の具体的な内容							
	傷病名	発病または負傷の年月日	令和 年 月 日						
	第三者行為または業務上によるものですか	はい ・ いいえ							
	発病又は負傷の原因および現在の体調や症状を詳しく記入してください	※必ず記入してください							
	労務に服することができなかった期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間						
	上記の期間に報酬を受けましたか	いいえ ・ はい（全部 ・ 一部）							
	障害厚生年金又は障害手当金を受給していますか	1. いいえ 2. 請求中 3. はい	種別	障害厚生年金 ・ 障害手当金					
老齢（厚生・基礎）年金を受給していますか	1. いいえ 2. 請求中 3. はい	受給開始年月	平成・令和 年 月						
委任状	この申請に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。								
	住所 被保険者の氏名	住所 代理人の会社名 氏名							
	<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） <small>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。</small>								
振込銀行	(フリガナ)	預金種目	普通・当座・その他（ ）	口座番号					
	(フリガナ)	銀行	口座名義	(フリガナ)					

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください
 （マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です）

備考欄	
-----	--

確認欄	この届出については、以下の要件を満たしたものである
<input type="checkbox"/>	・申請者本人（被保険者）が記載したものである
<input type="checkbox"/>	・記載内容について誤りがないか申請者本人（被保険者）に確認している

※健保記入欄	標準報酬	支給期間	支給日数	回数	備考
	円自 年 月 日 至 年 月 日	年 月 日 取得	日間	回目	
	前回までの支給期間	資格照合	支給決定額		

事業主が証明するところ	労務に服さなかった期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間	ただし は出勤 は有給	職場復帰しましたか	ア. 欠勤中 イ. 月 日から ウ. 月 日まで退職											
	出勤簿	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	
	支給額	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	
	報酬支払の形態	欠勤しなかった場合の1カ月の報酬支払額		月分		月分		報酬の計算									
		基本給	円	円	円	円	円	円									
		手当	円	円	円	円	円	円									
		手当	円	円	円	円	円	円									
		計	円	円	円	円	円	円									
請求期間中の通勤手当について	1. 支給している		1. 電車 2. ガソリン代 3. パス 4. 他（ ）		月 日から 月 日まで	カ月間（ ）円	月 日支払済										
	2. 支給していない		（理由：		月 日から 月 日まで	カ月間（ ）円	月 日支払済										
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日																	
事業所所在地 事業所名称 事業主氏名																	
療養を担当した医師が意見を書くところ	傷病名	(1) (2) (3)	療養の給付を開始した年月日（初診日）	(1) 令和 年 月 日 (2) 令和 年 月 日 (3) 令和 年 月 日													
	発病または負傷の年月日	平成・令和 年 月 日	発病または負傷の原因														
	労務不能と認めた期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間	左記期間の診療実日数	日間	転帰	1. 治癒 2. 継続 3. 中止 4. 転医										
	上記期間中の入院期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間	労務不能期間中における「主たる病状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等（詳しく）													
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																	
人工透析または人工臓器等を装着したとき	人工透析を実施または人工臓器を装着した日	令和 年 月 日	人工臓器等の種類	1.人工肛門 2.人工膀胱 3.人工関節 4.人工骨頭 5.人工透析 6.心臓ペースメーカー 7.その他（ ）													
上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日																	
医療機関所在地 医療機関名称 医師氏名 電話番号																	

※事業主証明欄及び医師の証明欄についてご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名（サイン）をご記入ください。