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

被保険者等 記号・番号	記号　　— 番号	被保険者等の記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください	
被保険者の氏名		生年月日	昭・平　　年　　月　　日
被保険者の住所・電話番号	〒　　－　　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
傷病の原因は第三者の行為（事故やケンカ等）によるものですか	☐ いいえ　☐ はい　⟶　別途第三者行為による負傷届をご提出ください		
今回の申請は労災保険から休業補償給付を受ける期間のものですか	☐ いいえ　☐ はい（請求予定）　⟶［　　］労働基準監督署		
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）		
	報酬を受けた期間と金額を記入してください	令和　　年　　月　　日から 令和　　年　　月　　日まで　　円	
障害厚生年金又は障害手当金を受給していますか	☐ いいえ　☐ 請求中　☐ はい	種別	障害厚生年金　・　障害手当金
	年金額　　円	受給開始年月	平成・令和　　年　　月
	基礎年金番号	受給の原因となった傷病名	
老齢（厚生・基礎）年金を受給していますか	☐ いいえ　☐ 請求中　☐ はい	受給開始年月	平成・令和　　年　　月
	年金額　　円	基礎年金番号	

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。

被保険者の　住所
　　氏名

代理人の　住所
　　会社名
　　氏名

振込銀行

☐ 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。

（フリガナ） 銀行	預金種目	普通・当座・その他（　　）	口座番号
（フリガナ） 支店	口座名義	（フリガナ）	

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
☐	・申請者本人（被保険者）が記載したものである
☐	・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

標準報酬月額						
支給日額	支給期間			支給日数	回数	支給決定額　¥
円	年　月　日 ～ 年　月　日			日間	回目	備考
前回までの支給期間	自　年　月　日	総支給日数	日	年　月　日　取得		
	至　年　月　日	支給済日数	日	年　月　日　喪失		

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 ただし　　は有給	職場復帰しましたか	ア．欠勤中 イ．　月　日から出勤 ウ．　月　日で退職

出勤簿	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
月																
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
月																
	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		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	毎月　　日から　　日まで
	手当	円	円	円	
	手当	円	円	円	
	手当	円	円	円	支払日
	手当	円	円	円	当月　　日
	計	円	円	円	翌月

報酬支払の形態	ア．月給制 イ．日給月給制 ウ．日給制 エ．時間給制 オ．その他	日額（時間給） 円	請求期間中に支払われた報酬（欠勤控除）の計算方法を詳しく記入してください

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.バス　4.他（　　） 月　日から　月　日まで　カ月間（　　）円　月　日支払済 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：　　）	

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。

大阪産業機械工業健康保険組合