

健康保険 傷病手当金請求書 (第 1 回)

被保険者証の	記号	5000	被保険者の氏名	産業 健一		
	番号	999	生年月日	昭 ^平 2年 10月 20日		
被保険者の現住所	〒 000 - 0001		電話	〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇		
	△△市××町1-1					
事業所の名称	〇〇産業株式会社		仕事の具体的な内容	生産管理		
傷病名	腰椎椎間板ヘルニア		発病または負傷の年月日	令和 1 年 5 月 頃 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 5月頃より左足がしびれるようになり、通院で治療を受けていたが、痛みで歩けなくなった。6月初旬に手術を受け、現在は通院でリハビリ中です。					
労務に服することができなかった期間	令和 1 年 6 月 1 日から		30		日間	
上記の期間に報酬を受けましたか	いいえ					
	報酬を受けた期間と金額を記入してください		令和 1 年 6 月 1 日から	58,333		円
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	
	種別	老齢厚生年金	老齢基礎年金			
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	(フリガナ) シカク		預金種目	普通	当座	口座番号
	銀行		7 6 5 4 3 2 1			
(フリガナ) サンカク		口座名義	(フリガナ) サンギョウ ケンイチ			
支店		産業 健一				

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 checked="" 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	日間	回目	
前回までの支給期間	自 年 月 日	資格照合	年 月 日取得	支給決定額		
	至 年 月 日		年 月 日喪失	¥		

労務に服さなかった期間	令和 1 年 6 月 1 日から	30		日間	ただし	は出勤	職場復帰しましたか	ア 欠勤中	イ. 月 日から	ウ. 月 日まで								
	令和 1 年 6 月 30 日まで				ただし	6/2~6/4 は有給												
出勤簿	6 月	1 公休	2 有休	3	4	5 欠勤	6	7	8 公休	9 公休	10 欠勤	11	12	13	14	15	16 公休	
	7 月	1 欠勤	2	3	4	5 公休	6	7	8 欠勤	9	10	11	12	13	14 公休	15 公休	16	
事業主が証明するところ	欠勤しなかった場合の1カ月の報酬支払額		6		月分		報酬の計算											
	基本給	280,000		円		53,333		毎月										
支給額	家族手当	5,000		円		5,000		円		円		円		円		円		
	計	285,000		円		58,333		円		円		円		円		円		
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)		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		基本給-(基本給×欠勤日数/21日) 280,000-(280,000×17日/21日)								
請求期間中の通勤手当について	① 支給している		② 支給していない (理由:)		電車 2.ガソリン代		1 月 1 日から		6 月 30 日まで		6 カ月間(45,000)円		12 月 25 日支払済					
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 1 年 7 月 20 日																		
事業所所在地		△△市××町2-2																
事業所名称		〇〇産業株式会社																
事業主氏名		代表取締役 〇〇 一郎																
傷病名	(1)																	
	(2)																	
療養を担当した医師が意見を書くところ	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		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					
	労務不能と認められた期間		令和 年 月 日から		令和 年 月 日まで		左記期間の診療実日数		日間		日間		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		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		医師に記入を依頼してください																
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																		
労務不能期間以後に記入してもらってください																		

※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。