健康保険傷病手当金請求書　（第　　回目）

□　本請求書の提出を事業主へ委任します。（委任する場合は☑）

被保険者情報	被保険者記号・番号	記号	番号（枝番）	事業所の名称	会社名
	被保険者の氏名と印	印		生年月日	1.昭和 2.平成　年　月　日 生まれ 3.令和
	被保険者の住所・電話	〒			日中連絡が取れる電話番号 TEL　（　）

申請内容	仕事の内容			
	①傷病名	1)	2)	3)
	②初診日	1) 平成 令和　年　月　日	2) 平成 令和　年　月　日	3) 平成 令和　年　月　日
	③発病又は、負傷の原因		④　③は他人の行為によるものですか	1.はい　2.いいえ
	⑤療養のため休んだ期間	令和　年　月　日　から　令和　年　月　日　まで　日間		
	⑥　⑤の期間に給与などの報酬はありましたか	1.はい　2.いいえ		
	⑦　⑤の期間に労務(アルバイト等含む)に就きましたか	1.はい　2.いいえ		
	⑧　⑤の期間に労災・損保等から休業補償を受けていますか	1.はい　2.請求中　3.いいえ		
	⑨障害厚生(基礎)年金又は障害手当金の状況	受給請求状況	1.受給していない　2.受給している　3.請求中	※2の場合、下記ご記入ください ※3の場合、年金番号と傷病名をご記入ください
		年金種別	1.障害厚生(基礎)年金 2.障害手当金	年金番号
		年金額	円(年額)	
		支給開始年月日	平成 令和　年　月　日	障害厚生(基礎)年金又は障害手当金受給の原因となった傷病名
	⑩老齢又は退職を事由とする公的年金の状況	受給請求状況	1.受給していない　2.受給している　3.請求中	※健康保険の資格を喪失された方はご記入ください。
		支給開始年月日	平成 令和　年　月　日	年金番号
		年金額	円(年額)	

振込先指定口座	【口座名義の区分】　□被保険者名義　□代理人名義(委任状欄をご記入ください。また、公金受取口座は利用できません。)			
	銀行名	支店名	支店コード	預金種別
	銀行	支店		1.普通 2.当座
	口座番号	口座名義　カタカナ　(姓と名の間は1マス開けてください。濁点(゛)、半濁点(゜)は1文字としてご記入ください。)		
	□　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。（利用する場合のみ☑を入れてください）			
	注意事項　※上記の欄に振込口座の記入がある場合は、上記を優先します。 ※給付日直前の変更や登録内容に誤りがあった場合は、給付日が遅れることがあります。			

委任状	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。　令和　年　月　日			
	被保険者	氏名	印	※住所は「被保険者情報」と同じ
	代理人（口座名義人）	住所 〒		被保険者との関係
		氏名	印	

受付日付

※本書に記入していただいた個人情報については、適切に取り扱い、目的外には利用しません。

リクルート健康保険組合

健康保険傷病手当金請求書　（事業主記入用）

※約１か月程度ごとの期間でご証明ください。

被保険者の氏名	

事業主が証明するところ

A 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

B【出勤状況】　出勤は○、有給は△、公休は●、欠勤は×　で、それぞれ表示してください

①令和　　年　　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	計	出勤 日	有給 日	公休日について 1. 有給である 2. 無給である
②令和　　年　　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	計	出勤 日	有給 日	公休日について 1. 有給である 2. 無給である

C 上記の欠勤日に報酬を支給した場合または支給する場合にご記入ください。	期間①	日額　　円（　　日分）	支払日：令和　　年　　月　　日
	期間②	日額　　円（　　日分）	支払日：令和　　年　　月　　日
D 上記の期間に月額で報酬を支給した場合または支給する場合にご記入ください。	期間①	交通費　　円	支払日：令和　　年　　月　　日
		その他（　　）　円	支払日：令和　　年　　月　　日
	期間②	交通費　　円	支払日：令和　　年　　月　　日
		その他（　　）　円	支払日：令和　　年　　月　　日
E 上記以外に報酬を支給した場合または支給する場合にご記入ください。			
F 労務に服さなかった期間に報酬の支払いがない場合にご記入ください。	□現在までも将来も支給しない □その他（　　）		

上記の通り提出いたします。　　令和　　年　　月　　日

事業主	郵便番号 〒 住所 名称 氏名　　印
社会保険労務士の提出代行者名記載欄	印

健康保険傷病手当金請求書　（療養担当者記入用）

患者氏名	

療養を担当した医師が意見を書くところ

ア.傷病名	1)	2)	3)
イ.療養の給付を開始した年月日	1) 平成 令和　年　月　日	2) 平成 令和　年　月　日	3) 平成 令和　年　月　日
ウ.発病または負傷の年月日	令和　年　月　日	発病または負傷の原因	
エ.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		手術年月日 令和　年　月　日 術施行
オ.上記期間の内入院した期間	令和　年　月　日　から　令和　年　月　日　まで　日		
カ.診療実日数	日	診療日及び入院をしていた日を○で囲んで下さい	①令和　年　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
			②令和　年　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
キ.転帰	治癒　・　継続　・　中止　・　転医		

ク.労務不能と認めた期間中について、下記の項目をできるだけ詳しくご記入ください。

①傷病の主たる症状及び経過	
②治療内容検査結果	
③療養指導等	

ケ.症状の経過から見て、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

医師の証明欄

上記の通り診療を受けていることに相違ありません。　令和　年　月　日

医療機関の名称

医療機関所在地

医師の氏名

TEL　（　　）

※所在地・名称はゴム印を使用してください。