

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	被保険者証の 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 3. 令和 年 月 日 生まれ
	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	平成 令和	年 月 日	から	平成 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	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)	

【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。) ※どちらかにをし、指定口座をご記入ください。

振 込 先 指 定 口 座	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。)		

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) 住所 〒	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。

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																			
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																		
【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	計	出勤	有給	公休日について
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		31	日	日
②令和 年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	計	出勤	有給	公休日について
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		31	日	日
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		
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		
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。																			
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。																			
<input type="checkbox"/> 現在までも将来も支給しない <input type="checkbox"/> 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 <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">印</div>																		
社会保険労務士の提出代行者名記載欄	<div style="text-align: right; margin-top: 10px;">印</div>																		

健康保険傷病手当金請求書 (療養担当者記入用)

患者氏名																																																																	
傷病名	1)	2)	3)																																																														
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																																																														
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																																																															
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		手術年月日 令和 年 月 日																																																														
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		術施行																																																														
療養を担当した医師が意見を書くところ 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																																																														
			②令和 年 月																																																														
<table border="1"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td> </tr> <tr> <td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td> </tr> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td> </tr> <tr> <td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td> </tr> </table>				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	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
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																																																		
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																																																		
転帰	治癒 ・ 継続 ・ 中止 ・ 転医																																																																
労務不能と認められた期間中について、下記の項目をできるだけ詳しくご記入ください。																																																																	
傷病の主たる症状及び経過																																																																	
治療内容 検査結果																																																																	
療養指導等																																																																	
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	在地・名称はゴム印を使用してください。																																																															
	医療機関所在地																																																																
	医師の氏名																																																																
TEL	()																																																																