

【被保険者の  
注意事項】  
※※※※※※※※※※  
7 6 5 4 3 2 1

# 健康保険傷病手当金請求書 (第 ① 回目)

※1

◆左側の「被保険者の注意事項」をお読みいただき、請求書を作成してください。必要項目にご記入なき場合等は、やむを得ず請求書をご返却することがありますのであらかじめご了承願います。□本請求書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)

①は請求回数記入してください。  
②は「不明・不詳」等ではなく、「自身でわかる範囲で記入してください。発病の原因が不明な場合は空欄で結構です。  
③が「はい」の場合は傷病手当金請求書提出前に、リクルート健康へ連絡してください。(電話03-67051045)  
④は「療養のため休んだ期間(医師が労務不能と認めた期間)」を記入してください。療養が長期に渡る場合は約1ヶ月程度ごとに請求書を作成してください。また、月が3ヶ月に渡る請求は請求書を2組に分けてください。(例 5月30日〜7月10日の場合↓5月30日〜6月30日で1組、7月1日〜7月10日で1組)分かれていない場合は請求書をご返却し、期間を分けて再提出していただくことがあります。  
⑤は⑩の期間中の療養状況について詳細に記入してください。  
⑥は給付金の受領を代理人に委任する場合は⑩のみ記入してください。被保険者(委任者)と代理人それぞれの署名と捺印が必要です。(同一筆跡・同一印影不可)

②被保険者証の 記号・番号		③生年月日	昭和 平成	年	月	日( 歳)					
④事業所の 名称(会社名)		⑤業務の 種別									
⑥ 傷病名(1)		⑦初診日(1)	平成	年	月	日					
傷病名(2)		初診日(2)	平成	年	月	日					
⑧発病または 負傷の原因※2		⑨⑧は他人の行為に よるものですか※3		はい	いいえ						
⑩療養のため 休んだ期間※4	平成	年	月	日	～	平成	年	月	日	まで	日間
⑪⑩の期間の 療養状況に ついて (詳細に)※5	病状の経過・通院状況・治療内容・医師からの指示内容・その他療養状況全般について具体的に記入してください。										
⑫⑩の期間に給与等の報酬がありましたか ※6			1. はい			2. いいえ					
⑬⑩の期間に労務(アルバイト等含む)に就きましたか ※6			1. はい			2. いいえ					
⑭⑩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. いいえ					
⑮障害厚生(基礎) 年金・障害手当金・ 老齢厚生年金の状 況	受給・請求状況	1. 受給していない		2. 請求中		3. 受給している					
	年金の種類別	1. 障害厚生(基礎)年金		2. 障害手当金		3. 老齢厚生年金					
	年金額	円(年額)		基礎年金番号							
	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										
⑯	上記のとおり請求いたします		平成		年		月		日		
	住所 〒										
	被保険者の 氏名		印		日中連絡が取れる 電話番号		( )				
	リクルート健康保険組合 殿										
⑰振込先 (ゆうちょ銀行以外 の銀行をご指定 ください)	銀行		支店		支店 コード						
	預金 種別	1. 普通	口座 番号				口座名義 (カナ)				
		2. 当座									

被保険者と代理人 が記入する ところ	⑱受取代理人申請 ※7	
	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	平成 年 月 日
	住所 〒	
	被保険者の 氏名	印
	住所 〒	
	代理人の 氏名	印 (委任者と代理人の関係)

受付日付印

◆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。

(ア) 労務に服さなかった期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで 日間																																	
(イ) 労務に服さなかった日	下記(ウ)(エ)に、出勤は○ 有休は△ 公休は● 欠勤は× でそれぞれ表示してください																																	
(ウ) 平成 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	日	日
(エ) 平成 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	日	日
(オ) 上記(ウ)の公休日について	有給である										無給である																							
(カ) 上記(エ)の公休日について	有給である										無給である																							
(キ) 上記(ウ)の欠勤日に報酬を支給した場合または支給する場合	日額										円( 日分)										支払日：平成 年 月 日													
(ク) 上記(エ)の欠勤日に報酬を支給した場合または支給する場合	日額										円( 日分)										支払日：平成 年 月 日													
(ケ) 上記(ウ)の1ヶ月間に月額で報酬を支給した場合または支給する場合	交通費										円										支払日：平成 年 月 日													
	その他( )										円										支払日：平成 年 月 日													
(コ) 上記(エ)の1ヶ月間に月額で報酬を支給した場合または支給する場合	交通費										円										支払日：平成 年 月 日													
	その他( )										円										支払日：平成 年 月 日													
(サ) 上記(オ)～(コ)以外に報酬を支給した場合または支給する場合																																		
(シ) 上記(ア)の期間に現在までも将来も報酬を支給しない場合はその旨																																		
上記のとおり相違ないことを証明します																																		
(ス) 事業所所在地	平成 年 月 日																																	
事業所名称																																		
事業主氏名											印										電話 ( )													

■約1ヶ月程度ごとの期間でご証明ください。

患者氏名																																							
(セ) 傷病名	(1)											(ソ) 療養の給付を開始した年月日										(1) 平成 年 月 日																	
	(2)																					(2) 平成 年 月 日																	
(タ) 発病または負傷の年月日	平成 年 月 日										(チ) 発病または負傷の原因																												
(ツ) 労務不能と認められた期間(1ヶ月以内かつ2ヶ月に渡らない期間でご記入ください)	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 日間										(テ) (ツ)の期間中の診療実日数										日 手術 平成 年 月 日 術施行																		
	(ト) (ツ)の期間中に入院した期間があればその期間										平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 日間										(ト) 転帰										治癒 ・ 継続 ・ 中止 ・ 転医								
(ニ) (ツ)の期間のうち外来診療日を○で囲んで下さい	平成 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																												
	平成 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																												
(ヌ) (ツ)の期間中の「傷病の主状態および経過」・「治療内容、検査結果、療養指導」等 (できるだけ詳しく記入してください)																																							
(ネ) 症状の経過からみて、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																																							
上記のとおり相違ありません																																							
(ノ) 医療機関所在地	平成 年 月 日																																						
医療機関名称																																							
医師の氏名											印										電話 ( )																		

■労務不能と認められた期間が経過した後にご記入・捺印してください。

※医療機関の所在地・名称はゴム印を使用してください。