

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 R
	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高齢又は退職 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】 <input type="checkbox"/> 被保険者名義 <input type="checkbox"/> 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
	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。)	
	<input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 氏名	印	被保険者との関係

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																			
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	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
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。								<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																	
社会保険労務士の提出代 行者名記載欄		印																	

患者氏名			
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. 労務不能と認められた期間	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
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		術施行
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
			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
			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。			
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	※所在地・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 ()	