

健康保険 傷病手当金 請求書 (第 回)



※印刷は、A4片面でお願いします。

<被保険者記入用> 1 枚目

1. 記入は、消すことのできない筆記用具を使用してください。
2. この太枠欄の訂正は二重線で抹消し、訂正印を押印してください。（修正液・修正テープ等での訂正は認められません。）
3. 記入方法および添付書類等については、「記入の手引き」を確認してください。

健康保険組合より問合せ可能な連絡先を記入ください。	
☐ 勤務先携帯 ☐ 個人携帯	
☐ 勤務先電話 ☐ 自宅電話	
① 提出日	令和 年 月 日
② 被保険者等	記号(3桁) 番号(6桁)
③ マイナンバー	個人番号(12桁)
④ 事業所名(会社名)	
⑤ 被保険者氏名	(フリガナ)
⑥ 生年月日	☐ 昭和 年 月 日 ☐ 平成 年 月 日
⑦ 業務の種類	☐ 事務 ☐ 営業 ☐ 設計 ☐ 製造 ☐ その他()
⑧ 現住所	(〒 -) 電話() -
⑨ 傷病名	⑩ 発病または負傷年月日 ☐ 平成 年 月 日 ☐ 令和 年 月 日
⑪ 発病または負傷した原因	病気の場合 (どこで) (どのようにして) 外傷の場合
⑫ 第三者行為によるものですか	☐ いいえ ☐ はい ⑬ 業務上または通勤途上での傷病ですか ☐ いいえ ☐ はい ※「はい」の場合は、原則 労災保険適用です。事業所担当部署でご確認ください。
⑭ 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
⑮ 障害厚生年金または障害手当金を受給していますか	☐ いいえ ☐ はい ☐ 請求中 「はい」の場合 受給開始日 年 月 日 受給額(年額) 円 受給原因となった傷病名 ※「はい」「請求中」の場合は添付書類が必要です。「記入の手引き」をご覧ください。
⑯ 被保険者が在籍の場合	委任欄 この給付金の受領に関する権限を事業主に委任します。 被保険者氏名
任意継続被保険者または	⑰-1 老齢年金・老齢基礎年金等の公的年金を受給していますか ☐ いいえ ☐ はい ☐ 請求中 「はい」の場合 受給開始日 年 月 日 受給額(年額) 円 ※「はい」「請求中」の場合は添付書類が必要です。「記入の手引き」をご覧ください。
⑰ 資格喪失者(退職・退職予定)の場合	⑰-2 雇用保険失業給付について ・雇用保険を受給する場合は、傷病手当金を受給することができません。 ・傷病手当金請求を行う場合は、雇用保険受給期間延長手続きを行い「雇用保険受給期間延長通知書」のコピーを提出ください。 振込希望先 銀行・農協 支店 預金種別 ☐ 普通 ☐ 当座 口座番号 口座名義 (フリガナ)
⑱ 照会等の同意	本手当金の支給に際し、貴健康保険組合が必要に応じ、担当医・事業主または他の関係先に必要な情報を提示すること、および照会することに同意します。 また、この請求書の写しも有効であることに同意します。 被保険者氏名

1. 記入は、消すことのできない筆記用具を使用してください。
2. この太枠欄の訂正は二重線で抹消し、訂正印を押印してください。（修正液・修正テープ等での訂正は認められません。）
3. 記入方法および添付書類等については、「記入の手引き」を確認してください。

⑦ 被保険者等	記号	番号	被保険者氏名			
④ 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 日間					
⑨	④の期間で有給を取得した日（半日取得含む） ※具体的な日付を記入してください					取得実日数
						日
⑩	④の期間で出勤した日（リハビリ勤務含む） ※具体的な日付を記入してください					出勤実日数
						日
⑪	④の期間で⑨および⑩を除いた期間に係る報酬状況 ※④の期間で欠勤した日に対して報酬があれば記入ください					
	報酬内容（1か月分）		月分	月分	月分	
	賃金支給額		円	円	円	
	通勤手当		円	円	円	
			円	円	円	
			円	円	円	
			円	円	円	
			円	円	円	
	計		円	円	円	
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名						

※1 第1回目の請求時は、勤怠簿(写)を添付してください。
※2 2回目以降であっても、申請期間中に有休取得・出勤および請求期間が継続していない場合も添付してください。

事業主による確認欄（必ずチェックをしてください）

確認欄	☐	この届出について、①又は②の要件を満たしたものである。 ①申請者本人（被保険者）が作成したものである。 ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。
-----	--------------------------	---

本件問合せ連絡先	担当者名		(必ず記入してください)
	TEL		

他に連絡事項があれば記入してください ※この欄の訂正は、担当者印による	
--	--

1. 記入は、消すことのできない筆記用具を使用してください。
2. この欄の訂正は二重線で抹消し、訂正印を押印してください。（修正液・修正テープ等での訂正は認められません。）
3. 記入方法および添付書類等については、「記入の手引き」を確認してください。

① 患者氏名		② 生年月日		☐ 昭和 年 月 日 ☐ 平成 年 月 日	
③ 傷病名	(1)			初診日 (療養の給付開始年月日)	(1) ☐ 平成 年 月 日 ☐ 令和 年 月 日
	(2)				(2) ☐ 平成 年 月 日 ☐ 令和 年 月 日
	(3)				(3) ☐ 平成 年 月 日 ☐ 令和 年 月 日
④ 発病または負傷の年月日		☐ 平成 年 月 日 ☐ 令和 年 月 日		⑤ 発病または負傷の原因	
⑥ 労務不能と認められた期間		令和 年 月 日から 日間 令和 年 月 日まで			
⑦ ⑥ のうち入院期間		令和 年 月 日から 日間 令和 年 月 日まで			
⑧ ⑥ の期間中の診療実日数		日	① 転帰 ☐ 治癒 ☐ 中止 ☐ 繰越 ☐ 転医	② 療養費用別 ☐ 健保 ☐ 自費 ☐ その他 ☐ 公費 ()	
⑨ 傷病の主症状および傷病の経過概要					
		手術名			手術年月日
⑩ 人工臓器の装着等について		☐ 人工肛門 ☐ 人工関節 ☐ 人工骨頭 ☐ 人工膀胱 ☐ 人工弁 ☐ 人工透析			
		☐ 心臓ペースメーカー ☐ その他 ()		装着年月日	令和 年 月 日
上記のとおり相違ないことを証明します。					
令和 年 月 日					
医療機関所在地					
医療機関名					
医師の氏名					
電話番号					