|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者（請求者）が記入するところ | 被保険者証の記号・番号 | | 被保険者（請求者）氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 被保険者の生年月日 | | |
| ― | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 昭和  平成 年 月 日生 | | |
| 被保険者（請求者）の住所 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 〒  電話（ ） － | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所の名称 | | | | | | | | | | 資格取得年月日 | | | | | | | | | | | | | 被保険者の標準報酬月額 | |
|  | | | | | | | | | | 昭和・平成・令和  年　 月 日 | | | | | | | | | | | | | 千円 | |
| 被保険者（退職者は在職中）の業務の内容（詳しく） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 請求期間（病気又はケガのため休んだ期間） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 令和 年 月 日から  日間  令和 年 月 日まで | | | | | | | | | | | ただし（具体的な日付を記入）  は出勤のため除く | | | | | | | | | | | | | |
| 請求期間に給料を受けましたか | | | | | | 受けた(受ける予定)の場合 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受けた ・ 受ける予定  受けられない | | | | | | 令和 年 月 日から  令和 年 月 日まで 日間 　 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 請求の原因となった傷病名 | | | | | | | ケガの場合、負傷の原因 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | ケ ガ | | | | 仕事中または通勤途上・第三者の行為によるもの・その他  （ 負傷原因報告書 ： 申請と同時に提出 ・ 提出済 ） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 病 気 | | | | 発病の原因 | | | | | | | | | | | | 発病の年月日 | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | 昭和・平成・令和 | | | | | |
| 障害年金（手当金）を  受給していますか | 障害年金を受給（申請）している場合、障害年金（手当金）の受給の原因となった傷病名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 基礎年金番号 | | | | | |
| いいえ・申請中・はい |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
| 資格喪失者・任意継続被保険者の方 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 失業給付金を受給していますか | | | いいえ・受給延長手続完了・申請中・はい（日額 円） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 老齢又は退職を事由とする公的年金を受給していますか | | | | | | | | | | | | | | | | いいえ ・ 申請中 ・ はい | | | | | | | | |
| 年金証書の記号番号、又は年金コード（年金を受給者している場合） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 年 金 額 | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 円 | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 円 | | | | |
| 振込先 | 銀 行  農 協 本店  信用金庫 支店  信用組合 出張所 | | | | 普通  当座 | | | | 店番号 | | | | |  | |  | |  | ふりがな | | |  | | | |
| 口座番号 | | | | | | | | | | | | | | 口座名 義 | | |  | | | |
|  |  | | |  |  | | |  | |  | |  | |
| 委任欄 | 本請求に基づく給付金の受領に関する権限を  代理人に委任します。  令和 年 　 月 　 日  被保険者（請求者）氏名 | | | | | | | | | 代理人の  住 所  氏 名 | | | | | | | | | | | | | | | 受 付 印 |
| 領収書 | うえの請求に対する給付金として￥ を領収しました。  令和 年 月 日 受領者の住所  氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業主が証明するところ | 労務に服さなかった期間（ 出勤・遅刻・早退は〇、有給は△、公休は公、欠勤は× でそれぞれ下段に表示してください） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | 日間 |
| 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 | 日間 |
| 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 | 日間 |
| 報 酬 の 支 給 形 態 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 報 酬 の 締 切 日 ・ 支 払 日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 月給制 ･ 日給月給制 ･ 日給制 ･ 時給制･その他（ ） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 日締切 ・（当月・翌月） 日支払 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記期間中にかかる報酬（支払予定含む）の支給等について、報酬の締切ごとに記入 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | 基　本　給 | | | | | 手 当 | | | | | 手 当 | | | | | | 手 当 | | | | |  | | | | | | 合 計 | | | |
| 欠勤しなかった場合の  1ヶ月の報酬支払額 | | | | | | | | 円 | | | | | 円 | | | | | 円 | | | | | | 円 | | | | | 円 | | | | | | 円 | | | |
| 実際の報酬支払額 | 月分 | | 月 日  ～  月 日 | | | | | / ～ / | | | | | / ～ / | | | | | / ～ / | | | | | | / ～ / | | | | | / ～ / | | | | | |  | | | |
| 円 | | | | | 円 | | | | | 円 | | | | | | 円 | | | | | 円 | | | | | | 円 | | | |
| 月分 | | 月 日  ～  月 日 | | | | | / ～ / | | | | | / ～ / | | | | | / ～ / | | | | | | / ～ / | | | | | / ～ / | | | | | |  | | | |
| 円 | | | | | 円 | | | | | 円 | | | | | | 円 | | | | | 円 | | | | | | 円 | | | |
| 月分 | | 月 日  ～  月 日 | | | | | / ～ / | | | | | / ～ / | | | | | / ～ / | | | | | | / ～ / | | | | | / ～ / | | | | | |  | | | |
| 円 | | | | | 円 | | | | | 円 | | | | | | 円 | | | | | 円 | | | | | | 円 | | | |
| 現在又は将来も支給しない場合はその旨 | | | | | | | | | | | | | | | | 就業規則による・その他（ ） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| うえ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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 治療を担当した医師が意見を書くところ | 請求期間中労務不能と認めた期間 | | | | | | | | | | | 労務不能の原因となった傷病名  （症状の重い順に記載してください。） | | | | | | | | | | | 発病または  負傷年月日 | | | | | | 発病または  負傷の原因 | | | | | | 診療開始年月日 | | | | |
| 令和 　 年 月 　 日から  令和 　 年 月 　 日まで  日間 | | | | | | | | | | | 1． | | | | | | | | | | | 昭和  平成 年 月 日  令和 | | | | | |  | | | | | | 昭和  平成 年 月 日  令和 | | | | |
| 2． | | | | | | | | | | | 昭和  平成 年 月 日  令和 | | | | | |  | | | | | | 昭和  平成 年 月 日  令和 | | | | |
| 診療実日数 | | | | | 転 帰 | | | | | | 3上記疾病の他 | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | | | |
| 日 | | | | | 継続 ・ 転医  治癒（ 月 日） | | | | | |
| 上記期間のうち入院した期間 | | | | | | | | | | | 労務不能と認めた期間について、傷病の主症状及び経過を詳しく記入してください。  **就労の見込みについて （ ｱ． 年 月 日頃から就労の見込み ｲ．現時点では不明）** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 令和 年 月 日から  令和 年 月 日まで  日間 | | | | | | | | | | |
| 人工透析を実施・人工臓器を装着  したとき記入する欄 | | | | | | | | | | |
| 人工肛門・心臓ペースメーカー・  人工弁・人工関節・人工透析療法・  ・その他（ ） | | | | | | | | | | |
| 装着等開始年月日  昭和・平成・令和　 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり相違ありません。  　令和　　　年　　　月　　　日　　医療機関の所在地  　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関の名称  　　　　　　　　　　　　　　　　　医師の氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話（　　　）　　　－ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

健康保険傷病手当金請求書（第 回）

□マイナポータル等での事前登録した公金受取口座を利用します。（利用する場合は□に✔してください。利用しない場合は、

　左上記の欄を記入してください。注）口座情報の反映には数日を要します。また代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。