

健康保険傷病手当金請求書（第 回）

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			ただし（具体的な日付を記入）		
令和 年 月 日まで			日間は出勤のため除く			
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		普通	店番号		ふたがな
	農協 本店		当座			
信用金庫 支店		口座番号		口座名義		
信用組合 出張所						
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。			代理人の住所氏名		
	令和 年 月 日			氏名		
領 収 書	うへ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○、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	/ ~ /		/ ~ /		/ ~ /		/ ~ /		/ ~ /																					
月分		月 日	/ ~ /		/ ~ /		/ ~ /		/ ~ /		/ ~ /																						
月分		月 日	/ ~ /		/ ~ /		/ ~ /		/ ~ /		/ ~ /																						
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 治療(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。								
	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		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）								
	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（ ） —											