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
令和　　年　　月　　日まで　　日間

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 信用金庫 信用組合	本店 支店 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

□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、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。

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　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
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

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）

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（　　）　　－