|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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。