

健康保険 傷病手当金請求書 (第 回)

この欄の訂正は被保険者(請求者)の印

① 被保険者証の記号・番号 (記号) (番号)		② 事業所名		③ 被保険者の業務の種別 (既に退職している場合は退職前の業務の種別)	
被保険者(請求者)の氏名・住所 ④ (フリガナ) 氏名 住所		⑤ 被保険者の生年月日 大 3 昭 5 平 7 年 月 日		⑥ 住所 郵便番号 □□□□-□□□□ TEL() -	
⑦ 請求期間 (病気又はケガのため休んだ期間) 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで		⑧ 左の期間(請求期間)に給料を受けましたか ただし(具体的な日付を記入してください) ア. 全部受けた 年 月 日から イ. 全部受けられる 年 月 日まで ウ. 一部受けた エ. 一部受けられる オ. 受けられない		⑨ 請求の原因となった傷病名 ケガ ⇒ はい (別途「負傷届; 第三者行為用」を提出してください) ・ いいえ (右欄に記入してください) ⇒ 病気 ⇒	
⑩ 負傷(ケガ)は第三者の行為によるものですか はい (いつ) 年 月 日 () 時 分頃 (どこで) ⑪ 発病の原因 発病の年月日 年 月 日 (何をしていた、どのように負傷しましたか) ア. 私用中 イ. 仕事中 ウ. 通勤途中 エ. その他()		⑫ 負傷(ケガ)の原因・状況		⑬ 介護保険法のサービスを受けていますか いいえ・はい ⇒	
⑭ 障害厚生年金又は障害手当金を受けていますか いいえ・請求中・はい ⇒		基礎年金番号		障害厚生年金又は障害手当金の受給の原因となった傷病名	
任意継続被保険者の方及び資格喪失者の方					
⑮ 老齢又は退職を事由とする公的年金を受けていますか いいえ・請求中・はい		基礎年金番号		年金額 円 円 円 合計 円	
⑯ 給付金の受領方法 *代理人に委任する方は記入してください 【被保険者(請求者)印は④欄に押した印に限ります】 この給付金の受領を住所 _____ 氏名 _____ 平成 年 月 日 被保険者(請求者)氏名 _____ に委任します。 振込希望金融機関 【被保険者(請求者)又は委任代理人の口座に限ります】 フリガナ () () 店番 _____ 銀行 信用金庫 _____ 支店 口座番号 _____ フリガナ () 口座名義人氏名 _____					
受付年月日					

◎記入するときは、「裏面の注意事項」をご覧ください

◎「初回申請分」には、申請期間とその期間前1ヵ月分の賃金台帳と出勤簿(タイムカード)の写しを添付してください。

この欄の訂正は事業主の印

① 労務に服さなかった期間 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで ただし(具体的な日付を記入してください) は出勤のため除く 是有給休暇		② 職場復帰しましたか ア. 欠勤中(証明日現在イ. 月 日から出勤ウ. 月 日付で退職)		③ ④の期間に報酬を支給しましたか ア. 全部支給した イ. 全部支給する ウ. 一部支給した エ. 一部支給する オ. 支給しない					
④ 報酬の支払形態 ア. 月給制 イ. 日給月給制 ウ. 日給制 エ. 時間給制 オ. その他()		⑤ 報酬の締切日・支払日 (締切日) (支払日) 日締め 日払い		⑥ 欠勤した場合の報酬の支給方法 ・基本給は ア. 控除しない イ. 控除する ・諸手当は ア. 控除しない イ. 控除する その他()					
⑦ ⑧の期間中における報酬(今後支払い予定のものを含む)の支給額等について、報酬の締切ごとに記入してください。									
欠勤しなかった場合の1ヵ月の報酬支払額		基本給	家族手当	役付手当	通勤手当	手当	手当	手当	手当
実際の報酬支払額		円	円	円	円	円	円	円	円
⑧ 上記のとおり相違ありません。 事業所の所在地 平成 年 月 日 事業所の名称 事業主の氏名・印 TEL () -									

この欄の訂正は医師の印

① 上記請求期間のうち労務不能と認めた期間 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで		② 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)		③ 発病又は負傷の年月日 昭和・平成 年 月 日		④ 発病又は負傷の原因		⑤ 診療開始年月日 昭和・平成 年 月 日	
⑥ 診療実日数		⑦ 転帰 ア. 継続 イ. 転医 ウ. 治癒(月 日)		3. 疾病以上のとき		昭和・平成 年 月 日		昭和・平成 年 月 日	
⑧ ①の期間のうち入院した期間 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで		⑨ 傷病の主状態及び経過概要をできるだけ詳しく記入してください ⑧で労務不能と認めた期間の「主症状及び経過」、「治療内容、検査結果、療養指導」等(くわしく) 症状経過からみて従来の職種について労務不能と認められた医学的な所見 人工透析を実施人工臓器を装着したときに記入する欄 昭和 平成 年 月 日 人工透析実施人工臓器装着 (人工臓器等の種類) ア. 人工透析 イ. 人工肛門 ウ. 人工関節 エ. 人工骨頭 オ. 心臓ペースメーカー カ. その他() 就労の見込みについて (ア. 月 日頃から就労可能の見込み イ. 現時点では不明)							
⑩ ⑧の期間の入院費用の区分 1.健康保険 2.公費 3.自費 4.その他		⑪ 上記のとおり相違ありません。 医療機関の所在地 平成 年 月 日 医療機関の名称 医師の氏名・印 TEL () -							