

健康保険 傷病手当金請求書 (第 1 回) 請求回数を記入してください

被 保 険 者 証 の 記 号 番 号	記号	番号	被保険者 資格取得日	年	月	日	被保険者 資格喪失日 (喪失後の場 合)	年	月	日
	1	1234	平成 令 2 7 0 8 0 1							
被 保 険 者 (請 求 者) 氏 名 と 印	フリガナ ケンボ タロウ		氏名は自筆でご記入ください。 〇〇							
	健保 太郎		被保険者 (請求者) 住 所		東京都〇〇区〇〇町1-2-3 △△マンション301号室					
生 年 月 日	昭和・平成 55 年 10 月 5 日		被保険者 (請求者) 住 所		電話 03 (1234) 5678					
	〇〇株式会社		電話 03 (4567) 8901							
傷 病 名	急性胃腸炎		発病又は 負傷年月日							
	ストレス		第三者の行為に よるものですか		いいえ ・ はい					
傷病又は負傷で療養するため休んだ期間 (請求期間)			令和 1 年 8 月 15 日から 令和 1 年 8 月 21 日まで 7 日間							
請求期間中の療養状況			請求期間中の病状 8月15日自宅で就寝中、激しい腹痛があったため、診察を受け8月18日まで入院となった。また退院後、8月21日に通院した。 医師からの治療に関する指示内容 1日3回薬を服用し、安静にするよう指示をされた。							
うえに書いた期間の部分の報酬(賃金)を 受けましたか、又は受けられますか			現在まで	受けた	受けない	将来	受けられる	受けられない		
報酬支払を受けたとき(受けられる)ときは、 その報酬の額と、その報酬支払の基礎となった (なる) 期間			平成・令和 年 月 日から	の分として				円		
年金受給の有無 (該当するものに○)			有 ・ 請求中 ・ 無	年金制度名	障害年金の場合はその傷病名		年額	円		
労災保険から休業補償を受けている期間の 傷病手当金の請求ですか			はい ・ 労災申請中 いいえ							
労災保険から休業補償を受けている、または労 災申請中の場合、支給元または申請先の労働基 準監督署名を記入してください			支給(請求)労働基準監督署名		労働基準監督署					
介護保険法のサービスを受けた時			保険者番号	被保険者番号	保険者名称					

委 任 状	本請求に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します 氏名は自筆でご記入ください。 令和1 年 8 月 21 日	
	被保険者 (請求者) 健保 太郎	

※退職後の申請の方は、必ずご記入ください。			
銀行 信金・信組		本店 支店	
支店番号	普通・当座	口座番号	
フリガナ			
名義人			

受付日付印

在職中の方は「委任状」欄に署名をしてください。
(給与と合算して振り込まれます。)

退職した方は、「支払金融機関」欄に希望の口座を記入してください。
(希望の口座へ振り込まれます。)

2. 訂正する場合には、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名をご記入ください。

事 業 主 が 証 明 す る と こ ろ	労務に服さなかった期間	平・令 年 月 日 から 平・令 年 月 日まで	日間
	うえの期間中にかかる分として 支払った報酬(給与・手当等)	ア	金 年 月 日 ~ 年 月 日 までの分として 円 (月 日 支 払)
		イ	金 年 月 日 ~ 年 月 日 までの分として 円 (月 日 支 払)
		ウ	金 年 月 日 ~ 年 月 日 までの分として 円 (月 日 支 払)
		エ	金 年 月 日 ~ 年 月 日 までの分として 円 (月 日 支 払)
交通費 (欠勤分の精算がされて いない場合を記入)		金 年 月 日 ~ 年 月 日 までの分として 円 (月 日 支 払)	
記入は不要です			
現在まで、将来も支給しない 場合はその旨			
報酬(給与)算出の締日・支払日 および勤怠の締日・控除日		毎月 日 締 / 当月 日 支 払	翌 月 日 支 払
支払額・控除額の算出式			
上記のとおり相違ないことを証明します。			
所在地		年 月 日	
事業主 名称			
氏名			
電話			

※労務に服さなかった期間の出勤簿、賃金台帳の写しを添付してください。

療 養 を 担 当 し た 医 師 が 意 見 を か く と こ ろ	患者氏名	療養を開始した年月日	平成・令和 年 月 日	
	傷病名	発病又は負傷年月日	平成・令和 年 月 日	
	発病又は負傷の原因			
	労務不能と認めた期間 (未来日付にしないでください)	令和 年 月 日 から	日間	左の期間中の 診療実日数
		令和 年 月 日 まで		日間
	うえの期間中に 入院した期間がある 場合はその期間	令和 年 月 日 から	日間	
		令和 年 月 日 まで		
	労務不能と認めた期間に行った療養の内容(投薬、検査、手術、療養の指示などできるだけ詳細に記入してください。)		手術年月日	
	投薬: <input type="checkbox"/> あり (月 日 に 日分) (月 日 に 日分) <input type="checkbox"/> なし		年 月 日	
	通院指導の有無: <input type="checkbox"/> あり (週間) <input type="checkbox"/> なし (日)		退院年月日	
療養の指示内容・経過観察: (検査・手術を行った場合はその内容についても記入してください)		年 月 日		
人工透析実施または人工臓器等装着 について	人工透析実施または人工臓器等装着日 : 昭・平・令 年 月 日			
	種別 : 人工肛門 人工膀胱 人工関節 心臓ペースメーカー 人工透析 その他 ()			
従来の職種を労務 不能と認められた 医学的所見				
上記のとおり相違ないことを証明します。				
所在地		年 月 日		
医療機関名				
医師 氏名				
電話				

医師の指示に従って、通院していない・お薬を服用していない等の事実が判明した場合には、被保険者・担当医師あてに照会文書をお送りする場合があります。