健康保険　傷病手当金請求書（第　1　回）

記入例

提出

請求回数をご記入ください

被保険者が記入するところ

	記号	番号	被保険者資格取得日
被保険者等記号・番号	1	1234	平成 令和　2 年 8 月 日

被保険者(請求者)氏名と印	フリガナ ケンポ　タロウ 健保　太郎	被保険者(請求者)住所	〒 ○○○ － ○○○○ 東京都○○区○○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		
事業所名称	○○株式会社		21
傷病名	急性胃腸炎		日
発病の状態又は負傷の原因を詳しく	ストレス	第三者行為によるものですか	いいえ・はい

「はい」の場合、「第三者行為による傷害事故届」など追加の書類が必要となります ご案内いたしますので当組合までご連絡ください

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	請求中の病状	8/15　自宅で就寝中、激しい腹痛があったため、診療を受け8/18まで入院となった。また、退院後の8/21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
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、支給元又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。　令和　年　月　日

被保険者(請求者)　健保　太郎

支払金融機関

※退職後の申請の方は、必ずご請

	銀行 信金 信組	
支店番号	普通 当座	
名義人	フリガナ	

申請のみ)

目安にご請求ください。
、正しい内容と証明者の氏名をご記入ください。

在職者の方は「委任状」欄に署名してください（給付金は給与口座と合算して振り込まれます）

退職した方は、「支払金融機関」欄にご希望の口座をご記入ください（給付金は申請書に記載の口座に振り込まれます）

受付日付印

社会保険労務士記載欄

ワークスアプリケーションズグループ健康保険組合

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　年　月　日～　年　月　日までの分として　金　円(　月　日支払)
	イ　年　月　日～　年　月　日までの分として　金　円(　月　日支払)
	ウ　年　月　日～　年　月　日までの分として　金　円(　月　日支払)
	エ　年　月　日～　年　月　日までの分として　金　円(　月　日支払)
	交通費(欠勤分の精算がされていない場合に記入)　年　月　日～　年　月　日までの分として　金　円(　月　日支払)
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・翌月　／　日払 勤怠　日締　当月・翌月　日払
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。　令和　年　月　日

事業主　所在地　名称　氏名　電話

ご記入は不要です

※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・令　年　月　日
傷病名		発病又は負傷年月日	平・令　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 令和　年　月　日まで　日間	左の期間中の診療実数	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 令和　年　月　日まで　日間		

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	平・令　年　月　日
退院年月日	平・令　年　月　日

投薬：　☐ あり　(　月　日に　日分)(　月　日に　日分)　☐ なし

通院指導の有無：　☐ あり　(　週間に　回)　☐ なし　(理由：　)

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を記入してください)

医師の証明が必要です

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。　令和　年　月　日

医師　所在地　医療機関名　氏名　電話