

健康保険 傷病手当金 請求書 (第 回 目)

被保険者証の 記号—番号	—	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日			
被保険者 の氏名	事業所名 (会社名)					
被保険者 の住所	〒 連絡先(自宅又は携帯) - -					
傷病名	初診日	平成・令和 年 月 日				
該当の傷病は 病気(疾病)ですか 怪我(負傷)ですか	<input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> 怪我	発症または 負傷の状 況、原因				
療養のため休んだ期間 (申請期間)	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	日間				
申請期間の報酬について	<input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 今後受ける <input type="checkbox"/> 受けない					
あなたの仕事内容(具体的に) (退職後の申請の場合は、退職前の仕事内容)						
「障害厚生年金」または 「障害手当金」を 受給していますか	<input type="checkbox"/> 受給している	傷病名	基礎年金番号			
	<input type="checkbox"/> 請求中	支給開始年月	年金コード			
	<input type="checkbox"/> 受給していない	平成・令和 年 月	年金額(年額) 円			
労災保険の休業補償は 受給していますか	<input type="checkbox"/> 受給している <input type="checkbox"/> 労災申請中 <input type="checkbox"/> 受給していない	(支給元(請求先)の労働基準監督署名) 労働基準監督署				
介護保険のサービス を受けたとき	保険者番号	被保険者番号	保険者名称			
過去に傷病手当金を 受給したことはありますか	<input type="checkbox"/> 受給したことがある <input type="checkbox"/> 受給したことはない	傷病名	健康保険組合名			
任意継続被保険者・資格喪失者の方のみ記入 老齢または退職を理由とする 公的年金を受給していますか	<input type="checkbox"/> 受給している	基礎年金番号	年金コード			
	<input type="checkbox"/> 請求中	支給開始年月	年金額(年額)			
	<input type="checkbox"/> 受給していない	平成・令和 年 月	円			
給付金の受取方法を下の欄の、①振込口座欄(被保険者本人の口座への振込を希望される場合)、または②委任状欄(事業主(会社)経由での給付金の受取を希望する場合)の、どちらかを選択して記入して下さい						
被保険者が記入するところ	①振込口座	金融機関名 ゆうちょ銀行	支店名 —	種別 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号 通帳番号	口座名義(カタカナ)
	②委任状 (受領を代理人(事業主)に委任する場合のみ記入)	本請求に基づく支給金に関する受領を下記の者に委任します。 令和 年 月 日				
	被保険者 (請求者)	氏名	住所	氏名		
	代理人	住所	氏名			

※電子メールでの受付は行っておりません。会社の人事担当に提出して下さい(退職後の方は健保へ直接郵送して下さい)。

事業主が証明するところ	労務に服さなかった期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	日間	左の期間の内	出勤日数: 日間 有給休日数: 日間	
	上記の期間中の分として報酬を全額もしくは一部を支給する場合					
	支給した(する)賃金内訳	期間	~ 月 日	~ 月 日	~ 月 日	
		支給額	円	円	円	
支払日		月 日	月 日	月 日		
	日額	円	円	円		
現在までもまたは将来も支給しない場合はその旨						
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日						
住所						
事業主の 氏名						
電話番号						
※勤務実績表の写しは毎回添付してください。賃金台帳の写しは1回目は必ず添付、2回目以降は報酬を支給している時は添付してください。						

療養を担当した医師が意見を書くところ	傷病名	発病または負傷の原因
	発病または負傷の年月日	平成・令和 年 月 日
	療養の給付を開始した年月日(初診日)	平成・令和 年 月 日
	労務不能と認めた期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで
	診療実日数(労務不能と認めた期間の内)	日間
	労務不能と認めた期間の内、入院した期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで
	労務不能と認めた期間の、傷病の主症状および経過概要について。治療内容・検査結果・療養指導など詳しく	
	労務不能と認めた医学的な所見について(本来の業務に就けない具体的な理由)。	
	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日	
	住所	
医療機関名		
氏名		
電話番号		
健保受付日付印		

健康保険組合記入欄	支払年月日	令和 年 月 日	常務理事	事務長	課長・係長	主任	担当者	
	支払額	円						
	支給決定の額	法定	円	日数	円	資格取得	年月日	
		付加	円			資格喪失	年月日	
	支給期間	法定	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	付加	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	標準報酬月額	千円	
前回までの支給期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	初回のみ	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	待期間	令和 年 月 日			

※この請求書はA3サイズです。A3サイズ以外では受付を行っておりません。