

健康保険 傷病手当金 請求書 (第1回目)

被保険者証の記号一番号	1 0 1 - 2 3 4 5 6	生年月日	昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/>	
被保険者の氏名	東 太郎		事業所名(会社名)	東武百貨店 池袋店
被保険者の住所	〒 171-00△△ 東京都豊島区西池袋〇—〇〇—〇 〇〇〇ハイツ×××			
傷病名	×足〇〇骨折		初診日	平成・令和〇〇年 ▲ 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 checked="" type="checkbox"/> 怪我	発症または負傷の状況、原因	▲月□日の朝、出勤前に自宅の階段で足を滑らせて転倒・落下し、×足を骨折した	
療養のため休んだ期間(申請期間)	令和 〇 年 ▼ 月 ◆◆ 日 から	令和 〇 年 ■ 月 ▲▲ 日 まで	〇〇 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 checked="" 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)	販売、接客			
「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	年金コード
	<input type="checkbox"/> 請求中	支給開始年月	年金額(年額)	
	<input checked="" type="checkbox"/> 受給していない	平成・令和 年 月	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	(支給元(請求先)の労働基準監督署名)		
	<input type="checkbox"/> 労災申請中	労働基準監督署		
	<input checked="" type="checkbox"/> 受給していない	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 checked="" type="checkbox"/> 受給したことがある	傷病名	脊柱管狭窄症	
	<input type="checkbox"/> 受給したことはない	健康保険組合名	愛植尾健康保険組合	
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 checked="" type="checkbox"/> 受給していない	※退職をされた方(資格喪失者または任意継続被保険者)は、必ず記入してください。		
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	金融機関名	支店名	種別	口座番号
	口座名義(カタカナ)	ヒガシ タロウ		
①振込口座	〇〇▲▲銀行	南池袋	<input checked="" type="checkbox"/> 普通	〇〇××△△□
	ゆうちょ銀行	(ご自分の口座に振込の場合はこちらを記入)		
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	(受領を会社(代理人)に委任する場合はこちらを記入)	
	代理人	住所	氏名	

※電子メールでの受付は行っていません。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)。

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	左の期間の内	出勤日数: 日間	有給日数: 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					
事業主が証明するところ	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。					

会社が記入します

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)	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	
担当の医師(病院)に記入していただいで下さい	
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	
医師 氏名	
電話番号	
健保受付日付印	

自分の口座に振込か、会社に受領を委託するか、

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	日額	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	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	初回のみ	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
	付加	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	待期間	令和 年 月 日
前回までの支給期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日					

健康保険組合が記入します

※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いません。