※A3用紙で出力してください

健康保険傷病手当金請求書（第　　回）

被保険者（請求者）が記入するところ

被保険者証の記号番号	記号 番号	被保険者（請求者）氏名と印	㊞ 自署の場合は押印省略可	生年月日	昭和・平成　年　月　日
被保険者（請求者）住所	〒			GUI	電話番号（日中の連絡先） －　－
傷病名				発病又は負傷年月日	平成／令和　年　月　日
発病の状態又は負傷の原因を詳しく				第三者の行為によるものですか	いいえ・はい
療養のため休んだ期間	令和　年　月　日　から　令和　年　月　日　まで　日間				
上記の期間における傷病の状態を詳しく	病状や傷病の経過等について具体的に 医師からの指示内容				

該当するところに○を記入

上記の療養のため休んだ期間に報酬（賃金）を受けましたか、又は今後受けられますか	はい／いいえ	左記で「はい」のときは、その報酬の額と、その報酬支払の基礎となった（なる）期間	令和　年　月　日　から 令和　年　月　日　まで	の分として　円	
「障害厚生年金」または「障害手当金」を受給していますか	はい／いいえ／請求中	左記で「はい」「請求中」のときは、受給の要因となった（なる）傷病名及び基礎年金番号	傷病名		
			年金証書の基礎年金番号		支給開始年月日：昭・平・令　年　月　日 年金額　円
老齢または退職を事由とする公的年金を受給していますか	はい／いいえ／請求中	左記で「はい」「請求中」のときは、基礎年金番号	年金証書の基礎年金番号		支給開始年月日：令和　年　月　日 年金額　円

☐ **本請求書の提出を事業主へ委任します。**　（事業所経由で提出する場合は☑）

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
うえの期間中の分として支払う報酬（全て記載できない場合は別紙に記載してください）	①全額支給した場合又は支給する場合	令和　年　月　日　から 令和　年　月　日　まで	の分の報酬を　円
	②一部支給した場合又は支給する場合	令和　年　月　日　から 令和　年　月　日　まで	の分の報酬を　円
		令和　年　月　日　から 令和　年　月　日　まで	の分の報酬を　円
	③現在まで又は将来も支給しない場合は、その旨	令和　年　月　日　から 令和　年　月　日　まで	の分の報酬は、現在までも将来も支給しません。

上記のとおり相違ないことを証明します。　令和　年　月　日

所在地
名　称
事業主　氏　名　㊞
電　話

※被保険者証の記号・番号を記入した場合は下記の記載は不要です

被保険者のマイナンバー記載欄

マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要となります

療養を担当した医師が意見を記入するところ

傷病名			
発病又は負傷年月日	平成・令和　年　月　日		
療養の給付を開始した年月日	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	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日数	日間
傷病の主状態及び経過概要			
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	入院の費用の別	健保・公費 自費・その他

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

振込先指定口座

銀行・金庫 信組・農協		金融機関コード		本店 支店	支店番号
預金種別	普通	口座番号		右づめでご記入ください	
名義人（ﾌﾘｶﾞﾅ）		口座名義の区分	該当するところに○を記入 ・被保険者（請求者）　・代理人		

※被保険者（請求者）以外の口座に振込希望の場合は、被保険者・代理人それぞれに記入・捺印が必要（**押印省略不可**）

受取代理人の欄

被保険者（請求者）	本請求に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します　令和　年　月　日 住所　「被保険者（請求者）」が記入するところと同じ 氏名　㊞	
代理人（口座名義人）	〒　TEL 住所 ﾌﾘｶﾞﾅ 氏名　㊞	委任者と代理人との関係

令和　年　月　日提出
受付日付印

【手続きの注意点】

- 必ず、記入出来るすべての欄について記入して提出してください（被保険者、事業主、医師）。空欄がある場合は書類不備となります。
- 振込先指定口座以外、コピーは不可です。請求の都度ご記入をお願いします。
- 改ざん防止のため、鉛筆・フリクションペンは不可です。訂正が発生した場合は二重線・訂正印（サイン）で取消訂正してください。
- 事業主は、出勤簿、賃金台帳の写しを添付してください。