

※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）

被保険者証 の記号番号	記号	被保険者 (請求者) 氏名と印	生年月日			
	番号		昭和・平成 年 月 日			
被保険者 (請求者) 住所	〒	社員・職員コード	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	平成・令和 年 月 日 から 平成・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	平成・令和 年 月 日 から 平成・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	昭・平・令 年 月 日 年金額 円
<input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/>)						

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	平成・令和 年 月 日 から 平成・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	平成・令和 年 月 日 から 平成・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					
所在地						
医師 医療機関名						
氏名						
電話						

事業主が証明 するところ	労務に服さなかった期間	平成・令和 年 月 日 から 平成・令和 年 月 日 まで	日間
	①全額支給した場合又は 支給する場合	平成・令和 年 月 日 から 平成・令和 年 月 日 まで	の分の報酬を 円
		平成・令和 年 月 日 から 平成・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	平成・令和 年 月 日 から 平成・令和 年 月 日 まで	の分の報酬を 円
平成・令和 年 月 日 から 平成・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	平成・令和 年 月 日 から 平成・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 事業主 名称 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・当座	口座番号	右づめでご記入ください
	名義人(フリガナ)		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

令和 年 月 日提出
受付日付印

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 住所 「被保険者（請求者）」が記入するところと同じ 氏名	令和 年 月 日
	代理人 (口座名義人)	〒 TEL 住所 フリガナ 氏名	委任者と 代理人との 関係

※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
・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
被保険者のマイナンバー記載欄

※第一回目の請求は、出勤簿、賃金台帳の写しを添付してください。