※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１回）

※提出回数を記入

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	健保　太郎　㊞　自署の場合は押印省略可
生年月日	昭和・平成 ○○ 年 1 月 1 日		
被保険者（請求者）住所	〒○○○－○○○○　○○県○○市○○町１－２－３　○○マンション△△号室	社員・職員コード	○○○○
電話番号（日中の連絡先）	０００－１２３４－５６７８		
傷病名	虫垂炎	発病又は負傷年月日	平成・令和 ○○ 年 05 月 01 日
発病の状態又は負傷の原因を詳しく	右下腹部の激痛	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 5月 1日 から 平成・令和 ○年 5月 14日 まで 14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 右下腹部に痛みがあったため病院に受診したところ、虫垂に炎症が発生していることが判明し入院手術となった。 医師からの指示内容 退院後は食事の指導があり自宅安静となった。7月１４日の通院指示日に診察した結果、経過良好のため１５日より復職可能となった。		

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

☑ **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☑）

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	**※医師の意見が必要です**
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

医師　所在地　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
うえの期間中の分として支払う報酬に関係（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	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。

※事業主の証明が必要です

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　㊞

※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。

振込先指定口座

○○○○	銀行・金庫・信組・農協	金融機関コード 1 2 3 4	△△△ 本店・支店
支店番号 5 6 7			
預金種別	普通・当座	口座番号 0 0 9 8 7 6 5	右づめでご記入ください
名義人（ﾌﾘｶﾞﾅ）	ケンポ　タロウ	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
健保　太郎			

※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**）

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　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

※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

EY Japan健康保険組合2019.5改訂