健康保険傷病手当金請求書（第 1 回）

被保険者証等の記号番号は、健保HPログイン or マイナポータルにて確認可能です。

提出回数を記入

療養中で電話が取りづらい場合は余白部分にメールアドレス等ご記入ください。

被保険者（請求者）が記入するところ

被保険者等記号番号	記号 ○○ / 番号 ○○○○	被保険者（請求者）氏名	健保　太郎	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	GUI ○○○○	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	令和 ○ 年 5 月 1 日 から 令和 ○ 年 5 月 14 日 ま			

発病・負傷日が明確な場合はその日、不明確な場合は当該傷病の初診日、初診日も不明な場合は「不詳」とご記入ください。

詳しく・具体的にご記入ください。

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出来るだけ具体的に

右下腹部に痛みがあったため受診したところ、虫垂に炎症が発生していることが判明しそのまま入院手術となった。

医師からの指示内容について具体的に

退院後は食事指導があり2週間ほど自宅療養を指示された。5月14日に通院した結果、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	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	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

※「はい」または「請求中」がある場合は必ず記入をしてください。

☑ **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

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 ／ 左の期間中の診療実日数 日間
傷病名及び症状経過概要	
労務不能と認めた期間中に入院した場合	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで ／ 入院の別 健保・公費 自費・その他
上記のとおり証明します。	令和 年 月 日

医師　所在地 / 医療機関名 / 氏名 / 電話　㊞

※医師名が自署の場合は押印省略可。

※医師の意見が必要です。

＜療養ご担当医の先生へ＞

- 空欄のないようご記入をお願いします。
- 発病又は負傷年月日、療養の給付の開始日等は診療記録等参照いただきご記入願います。
- 改ざん防止の観点から、訂正が発生した場合は、お手数ですが訂正印若しくはサインでご訂正いただきますようお願いします。
- PDFやコピーによる証明は受理いたしかねます。

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	
期間中の報酬について	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。

請求期間に対する事業主証明が必要となるため、事業主に提出してください。

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

※事業主の証明が必要です。

振込指定口座

○○○○	~~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・その他（　）	口座番号	0	0	9	8	7	6	5			
(ﾌﾘｶﾞﾅ) ケンポ　タロウ / 口座名義 健保　太郎												

※被保険者（本人）名義の口座に限る

☐ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。
（利用する場合は☑　利用しない場合は上記の欄を記入。）
※口座情報の反映には登録から数日を要します。

令和 年 月 日提出

受付日付印

※手続きの注意点を必ずご確認のうえ申請をしてください。

【手続きの注意点】

- 傷病手当金請求書はA3用紙で出力し、切り離さず提出してください。また、鉛筆・フリクションペンは使用できません。
- 「被保険者(請求者)が記入するところ」の記入後、当該期間について医師の証明をもらってください。
- 不正請求防止のため、医師の意見欄がPDFやコピーとなっている請求書の受付はできません。
- 記載事項に訂正が発生した場合は二重線と訂正印またはサインで取消訂正してください。
- グレーになっている欄すべてについて記入して提出ください（被保険者、医師）。空欄がある場合は書類不備となります。
- 事業主は、出勤簿、賃金台帳の写しを添付してください。

※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