

健康保険傷病手当金請求書 (第 回)

◎記入に際しては注意事項(別紙「記入上の注意」)をお読みください。
◎※印欄は記入しないでください。

被保険者証の記号・番号		① 生年月日	⑤ 支給額計算	⑥ 給付記録番号	⑦ 受取代理人	⑧ 受付年月日
①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
⑨ 被保険者(請求者)の氏名と印		⑦ 事業所の名称		⑧ 業務の種類		
⑩ 被保険者(請求者)の住所		⑪ 郵便番号		⑫ 住所コード		TEL ()
傷病名		⑬ 傷病コード	⑭ カナ	⑮ 傷病コード	⑯ カナ	⑰ (療養開始日)
⑱ 老人保健法の医療を受けたとき		市町村番号		受給者番号		発行機関等
⑲ 介護保険法のサービスを受けたとき		保険者番号		被保険者番号		保険者名称
⑳ 発病の状態又は負傷の原因を詳しく		㉑ 第三者行為によるものですか		0:いいえ 1:はい		
㉒ 傷病又は負傷の療養をするために休んだ期間(支給期間)		平・令 年 月 日から		自 年 月 日から		日間
㉓ うえの㉒に書いた期間の部分の報酬を受けましたか、又は受けられますか。		⑳ 報酬の支払いを受けた(受けられる)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・令 年 月 日まで		円
㉔ 障害厚生年金又は障害手当金を受給していますか。		㉕ 基礎年金番号		障害厚生年金又は障害手当金の受給の原因となった傷病名		
いいえ・請求中・はい						
㉖ 老齢又は退職を事由とする公的年金を受給していますか		いいえ・請求中・はい				
㉗ 年金コード又は記号番号もしくは番号		年金額				円
年金の合計額						円
備考欄(注)						
㉘ 支給回数		㉙ 支給算出額(手)		支給開始日		1 2 ④ 年 月 日
						2 ⑤ 年 月 日
				⑥ 海外表示		0. 国内 1. 海外 (備考)

(注)被保険者証の記号番号に代えて個人番号により申請する場合は、備考欄へ記載してください。
個人番号を記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。
◎外傷性疾病の場合は「負傷の原因について(回答)」を添付してください。

◎提出前に、記入のもれがないか再度ご確認ください。
◎出勤簿および賃金台帳のコピーを添付してください。

賃金形態及び賃金締切日	形態	月給・日給月給 日給・時間給・その他	毎月 日締切	当月・翌月	日支払
労働に服さなかった期間 出勤は○で、有給は△で、欠勤は/でそれぞれ表示してください。 / 上記、賃金形態等該当項目に○してください。					
㉚ 年 月 日から	年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	計	出勤	有給
年 月 日まで	年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	計	日	日
日間	年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	計	日	日
㉛ うえの期間中の分として報酬を全額または一部支給した場合又は支給する場合	㉜ (日) 年 月 日(至) 年 月 日	日間	円	月	日支払 円
	㉝ (日) 年 月 日(至) 年 月 日	日間	円	月	日支払 円
	㉞ (日) 年 月 日(至) 年 月 日	日間	円	月	日支払 円
	㉟ (日) 年 月 日(至) 年 月 日	日間	円	月	日支払 円
㊱ 現在までも又は将来も支給しない場合はその旨					
うえのとおり相違ないことを証明します。					
事業所所在地		令和 年 月 日		令和 年 月 日 提出	
事業主氏名		電話 ()		受付日付印	

傷病名		
発病又は負傷の年月日	平・令	年 月 日
療養の給付を開始した年月日	平・令	年 月 日
発病又は負傷の原因		
㊲ 労務不能と認めた期間	㊳ 左の期間中における入院期間	労務不能と認めた期間中の診療実日数
自 平・令 年 月 日	自 平・令 年 月 日	日間
至 平・令 年 月 日	至 平・令 年 月 日	日間
㊴ 傷病の主症状及び経過の概要(労務不能と認めた意見等)		入院費用区別
		(1) 健保費 (2) 公費 (3) 自費 (4) その他
うえのとおり相違ありません 令和 年 月 日		
住所(所在地)		
医師 医療機関名		
氏名	㊵ 電話 ()	

※	㊶ 減額期間	期間	自 年 月 日	至 年 月 日	日数	金額
	㊷ 全部不支給	期間	自 年 月 日	至 年 月 日	日数	
	㊸ 不支給(法定外)	期間	自 年 月 日	至 年 月 日	日数	

支払金融機関の欄	㊹ 支払区分	1. 振込	㊺ 預金種別	1. 普通	銀行 本店
	㊻ 金融機関コード		2. 当座	2. 当座	信金 支店
	㊼ 口座番号				信組 出張所
		口座名義人			

本請求に基づく給付金に関する権限を代理人に委任します。		令和 年 月 日
受取代理人の欄	被保険者(請求者) 住所 氏名	㊾
㊿ 代理人の氏名と印	(フリガナ) 委任者と代理人との関係	
㋀ 代理人の住所	㋁ 郵便番号	(フリガナ)
	㋂ 住所コード	

社会保険労務士提出代行者の印 ㊿

送信