

健康保険傷病手当金請求書 (第 回)

(1枚目/2枚中)

◎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。

被保険者が記入するところ

被保険者証の記号・番号		③ 被保険者(請求者)の氏名			④ 生年月日		
①	②	(フリガナ)			5	昭	年
⑤ 被保険者(請求者)の住所		郵便番号			⑥ 電話番号(日中の連絡先)		
⑦ 事業所の名称		⑧ 業務の種別			⑨ 仕事内容(具体的に)		
⑩ 傷病名		⑪ 傷病又は負傷の療養をするために休んだ期間(支給期間)			令和	年	月
⑫ 発病の状態又は負傷の原因を詳しく		(外傷の場合は別途「負傷の原因について」を記入してください)			日	から	日間
⑬ 第三者行為によるものですか		0 : いいえ 1 : はい			令和	年	月
⑭ うえの⑩に書いた期間の部分の報酬を受けましたか、又は今後受けられますか。		⑮ ⑭で報酬の支払いを受けた(受けられる)と答えた場合、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
⑯ 障害厚生年金又は障害手当金を受給していますか。		⑰ 基礎年金番号			⑱ 支給開始年月日		
⑲ 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		令和			年	月	日
⑳ 高齢又は退職を事由とする公的年金を受給していますか。		㉑ 基礎年金番号			㉒ 支給開始年月日		
㉓ 年金額(年額)		令和			年	月	日
㉔ 今回の申請は労災保険から休業補償給付を受けている期間のものですか。		㉕ 支給元(請求先)の労働基準監督署			労働基準監督署		
㉖ 介護保険法のサービスを受けたとき		保 険 者 番 号			保 険 者 番 号		
備考欄(注)		保 険 者 名 称					

(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。

◎出勤簿および賃金台帳のコピーを添付してください。

事業主が証明する欄

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
労務に服さなかった期間 出勤は○で、有給は△で、欠勤は／で、公休日は公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○をしてください。					
② 年月日から 年月日まで 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	出勤 有給
	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	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	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
③ 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(枠が足りない場合はコピーして上に貼り付けてください)	基本給	③①	(自) 年 月 日 (至) 年 月 日	日間	月 日支払 円 日額
	通勤手当	③②	(自) 年 月 日 (至) 年 月 日	日間	月 日支払 円 日額
	手当	③③	(自) 年 月 日 (至) 年 月 日	日間	月 日支払 円 日額
	手当	③④	(自) 年 月 日 (至) 年 月 日	日間	月 日支払 円 日額
欠勤控除計算方法についてご記入ください					
④ 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。				令和 年 月 日 提出	
事業所所在地 名称 事業主氏名				/ 受 付 日 付 印 \	
電話 ()					

健康保険傷病手当金請求書

(2枚目/2枚中)

療養を担当した医師が意見を書くところ	患者氏名					
	傷病名					
	発病又は負傷の年月日		平成・令和	年	月	日
	初診日(療養の給付開始年月日)		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		㊦ 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 令和 年 月 日		自 令和 年 月 日		日間	
	至 令和 年 月 日		至 令和 年 月 日			
	上記の期間中における「主たる症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等(詳しく)					(1) 健 保 (2) 公 費 (3) 自 費 (4) その他
	症状経過からみて従来職種について労務不能と認められた医学的な所見					
※ 前回受診日 令和 年 月 日 次回診療(予定日) 令和 年 月 日						
うえのとおり相違ありません 令和 年 月 日						
医 師 住所(所在地) 医療機関名 氏 名 電話 ()						

支払金融機関の欄	③⑥ 支払区分	1. 振込	③⑧ 預金種別	1. 普通	銀行	本店
	③⑦ 金融機関コード			2. 当座	信金	支店
	③⑨ 口座番号				信組	出張所
					農協	
				口座名義人	▼カタカナで記入してください	
公金受取口座		<input type="checkbox"/> 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、上記口座情報の記入は不要です。)				

受取代理人の欄	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					
	被保険者(請求者) 住所 氏名					
	④⑩ 代理人の氏名	(フリガナ)	委任者と代理人との関係			
④① 代理人の住所	④① 郵便番号		(フリガナ)			
	④② 住所コード					

送信

社会保険労務士記載欄	
------------	--