

支給決定欄	支給年月日	令和 年 月 日	常務理事	事務長	係	係
	傷病手当金 支給額	円				
	支給開始日	令和 年 月 日	資格取得	昭和・平成・令和 年 月 日		
	支給期日	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 【 】日間	資格喪失	令和 年 月 日		
			標準報酬月額	円		

健康保険 傷病手当金請求書（第 回）

注)①～⑰は申請者が記入するところです。①～⑰すべての項目を記載してください。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	①保険証 記号・番号	.	②被保険者 氏 名		③生年 月 日	昭和・平成 年 月 日
	④現住所	〒 ー			⑤電話番号 (日中の連絡先)	()
	⑥申請者 業務内容					
	⑦傷病名				⑧発病又は負傷の 年月日	令和 年 月 日
	⑨発病又は 負傷の原因				⑩第三者行為に よるものですか	はい ・ いいえ 第三者行為:交通事故やけんか等
	⑪療養のために 休んだ期間 (請求期間)	年 月 日から 年 月 日まで 【 】日間				
		うち入院期間 年 月 日から 年 月 日まで 【 】日間				
	⑫上記の期間に報酬をうけましたか。または受 けられますか。	受けた ・ 受けられる			受けない ・ 受けられない	
		年 月 日から 年 月 日まで【 】円				
	⑬療養のために休ん だ期間の傷病又は負 傷の状態	⑬-1 症 状				
		⑬-2 医師からの指示				
	⑭「障害年金」、「障 害厚障害年金」を受 給していますか。	1. はい 2. いいえ 3. 請求中 (年 月から受給)	「はい」または 「請求中」と答え た場合	疾 病 名		
				基礎年金番号		
				年 金 額	円	
⑮今回の申請は労災 保険から休業補償を 受けている期間のも のですか。	1. はい 2. いいえ 3. 労災請求中 (年 月から受給)	「はい」または 「労災請求中」と 答えた場合	支給元(請求先)の労働基準監督署			
			労働基準監督署 担当者名.....			
⑯老齢または退職を 事由とする公的年金・給付を受給してい ますか。	1. はい 2. いいえ 3. 労災請求中 (年 月から受給)	「はい」または 「請求中」と答え た場合	公的年金・給付名称			
			基礎年金番号			
			公的年金・給付の年額	円		
⑰被保険者名義の振 込金融機関を記入し てください。	金融機関名			支店名	支店コード	
	預金 種目	普通 ・ 当座	口座 番号	口座名義(カタカナ)		

労務に服さなかった期間を含む賃金計算期間の支払状況等をご記入ください。

事業主が証明するところ	記号・番号			被保険者氏名					
	勤務状況 【出勤は○】で、【有給は△】で、【公休は公】で、【欠勤は／】でそれぞれ表示してください。						出勤	有給	欠勤
	令和 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		
	令和 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		
	令和 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		
	上記の期間にたいして、賃金を支給しました(します)か？	☐ はい ☐ いいえ	給与の種類	☐ 月給 ☐ 日給月給 ☐ 日給 ☐ その他()	賃金計算	締日	日		
							支払日	☐ 当月 ☐ 翌月 日	
	上記の期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況をご記入ください。								
	支給した(する)賃金内訳	給与項目	期間			支給金額			
賃金(賃金控除等)計算方法をご記入ください									
上記の通り相違ないことを証明します 令和 年 月 日 事業主 住所 氏名									
事業所担当者氏名									

注)労務に服さなかった期間の給与明細および勤怠を添付してください。

療養を担当した医師が意見をかくところ	患者氏名			生年月日	昭和・平成 年 月 日																						
	傷病名			療養の給付開始日(初診日)	平成・令和 年 月 日																						
	発病または負傷の年月日	平成・令和 年 月 日		発病または負傷の原因																							
	労務不能と認めた期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間																									
	うち入院期間	令和 年 月 日から 日間 令和 年 月 日まで 入院																									
	療養費用の別	☐ 健保 ☐ 公費() ☐ 自費 ☐ その他()		転 帰	☐ 治癒 ☐ 中止 ☐ 繰越 ☐ 転医																						
	診療実日数 (診療日を○で 囲んでください)	日	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																							
			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																							
			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																							
	上記診療実日数が0日のときは、前後直近の診療日をご記載ください。					令和 年 月 日																					
上記の期間中における「主たる傷病および経過」「治療内容、療養指導」など(詳しく)					【手術年月日】 平成・令和 年 月 日																						
					【退院年月日】 平成・令和 年 月 日																						
症状経過からみて従来の職種について労務不能と認められた医学的な所見																											
人工透析を実施または人工臓器を装着したとき	人工透析の実施または人工臓器を装着した日 昭和・平成・令和 年 月 日			人工臓器等の種類 ☐ 人工肛門 ☐ 人口関節 ☐ 人工骨頭 ☐ 心臓ペースメーカー ☐ 人工透析 ☐ その他()																							
上記の通り相違ないことを証明します 令和 年 月 日 医療機関所在地 医療機関名称 医師の氏名 電話 ()																											