

支給 給	支給年月日	令和 年 月 日	常務理事	事務長	係	係
	傷病手当金	円				

<記入例>

第1回目の請求の際は、「同意書」もご記入の上、必ず、添付してください。

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。

①保険証 記号・番号	10・1234	②被保険者 氏名	健保 太郎		③生年 月日	昭和 平成 ○年 1月 1日
④現住所	〒123 - 4567 東京都港区〇〇1-2-3 ▽▽マンション123号室		⑤電話番号 (日中の連絡先)		090 (1234) 5678	
⑥申請者 業務内容	〇〇部△△課 □□□□に関わる業務・▽▽のための書類作成などを担当					
⑦傷病名	うつ病		⑧発病又は負傷の 年月日	令和 4年 1月 10日		
⑨発病又は 負傷の原因	環境の変化によるストレス		⑩第三者行為に よるものですか	はい <input checked="" type="radio"/> 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)	令和 4年 3月 1日から 令和 4年 3月 31日まで 【 31 】日間					
	うち入院期間 年 月 日から 年 月 日まで 【 】日間					
⑫上 げられ る	傷病手当金は給料に代わるもの ですので、なるべく給与の締日 に合わせ1か月ごとに申請して ください。		受けた ・ 受けられる	受けない ・ <input checked="" type="radio"/> 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	睡眠障害・不安感や焦燥感・気分の落ち込み・集中力の低下				
	⑬-2 医師からの指示	投薬治療・認知行動療法・十分な休養指示				
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. <input checked="" type="radio"/> 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. <input checked="" type="radio"/> 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. <input checked="" type="radio"/> 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	◇◇銀行		支店名	赤坂	支店コード 1 2 3
	預金 種目	<input checked="" type="radio"/> 普通 当座	口座 番号	012345		
				口座名義(カタカナ) ケンポ タロウ		

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。

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																												日									
令和																												日									
上記賃金																												日									
上記																												日									
事業主が証明するところ	<h1>事業主が書くところ</h1> <p>【添付書類】</p> <p>《初回申請の方の場合》</p> <p>請求月から過去一年分の「出勤簿」と 同期間の「賃金台帳」</p> <p>《2回目以降申請の方の場合》</p> <p>請求月の「出勤簿」</p>																																				
賃金等ご																																					
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
	労務不能と認められた期間	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	
診(診)囲	医師が書くところ		
上記	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	昭和・平成・令和 年	類 (カー)
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 ()	

医師が労務不能と認められた期間の翌日以降に「意見書に相違ないことを証明」してもらってください。