

健康保険 傷病手当金請求書

令和 年 月 日提出

① 被保険者証の記号番号	記号	② 事業所名称	③ 請求回数	初回	終回
	番号			継続()回目	
④ 被保険者(請求者)の氏名		(フリガナ)	⑤ 被保険者の生年月日	年 月 日	職・職
⑦ 被保険者(請求者)の住所		〒 -	⑥ 仕事の具体的な内容	令和 年 月 日から	日間
⑨ 発病又は負傷年月日		年 月 日 ()曜日	午前 午後	時頃	出勤
⑩ 発病又は負傷の原因		(何をしています)	⑪ 上記期間中に出勤又は有給扱いとした年月日	月/日 / / / /	有給
負傷の場所(どこで)			⑫ 仕事を休んだ期間の給料は	・全額支給される ・一部支給される ・支給されない	
負傷したときは		出勤前・出勤途中・勤務中・休憩中 退社途中・帰宅後・その他()	第三者行為の場合は、「第三者行為による届書」が必要です。		
第三者行為で		ある・ない			
交通事故で		ある・ない			
⑬ 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	⑭ 傷病名		
⑮ 障害年金又は障害手当金を受けていますか		はい・申請中・いいえ	⑯ 資格喪失した方で、継続して申請する場合、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		はい・申請中・いいえ
年金・手当金の額		円	年金の額		円
障害年金等を受給する原因となった傷病名			公的年金の名称		
支給開始年月日		年 月 日	支給開始年月日		年 月 日
基礎年金番号			年金コード又は記号番号もしくは番号		
<p>※⑮又は⑯に該当する場合は、傷病手当金は年金と支給調整されます。年金証書の写し等支給開始年月日及び年金額を確認できる書類の写しを添付してください。また、さかのぼって年金等が支給された場合は、支給した傷病手当金を後日返還していただくことがあります。その他、傷病手当金受給要件の確認を他保険者等(年金事務所・協会けんぽ等)に行うことがあります。</p> <p>以上のことを確認しました。 <input type="checkbox"/> (☑を記入してください)</p>					

金額の受領委任欄

⑰ 本請求に基づく給付金の受領を下記の者に委任します。

令和 年 月 日

被保険者氏名 (請求者)

委任された者の所在地 事業所名 氏名

⑰ 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																															
欠勤...× 有給...△	()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
出勤...○ 公休...公	()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
早退...◎	()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
⑱ 給料の種類	⑲ 給料締切日	⑳ 給料支払日	㉑ 出勤・有給の日数		()月分	()月分	()月分	備考																								
月給・日給月給・日給 時間給・()	日締切	当月・翌月 日払	出勤()日 有給()日	出勤()日 有給()日	出勤()日 有給()日																											
㉒ 1ヶ月分の基本給と諸手当の額	基本給や諸手当の支給状況(給料の締切日にあわせて記入)																															
(支給の有無に関係なく記入)	月 日から 月 日まで	月 日から 月 日まで	月 日から 月 日まで	月 日から 月 日まで	月 日から 月 日まで	基本給・諸手当の欠勤控除の計算方法																										
基本給(1ヶ月)	円	円	円	円	円																											
家族手当(1ヶ月)	円	円	円	円	円																											
住宅手当(1ヶ月)	円	円	円	円	円																											
通勤手当(1ヶ月)	円	円	円	円	円																											
手当(1ヶ月)	円	円	円	円	円																											
手当(1ヶ月)	円	円	円	円	円																											
手当(1ヶ月)	円	円	円	円	円																											
合計	円	円	円	円	円																											
令和 年 月 日	所在地																															
被保険者氏名	事業所名称																															
上記のとおり相違ないことを証明します。						事業主名																										
						電話()																										

療養を担当した医師が記入するところ	① 労務不能と認められた傷病名	② 発病又は負傷年月日	③ 療養給付開始日	④ 発病または負傷の原因																													
		平成 令和 年 月 日	平成 令和 年 月 日																														
		平成 令和 年 月 日	平成 令和 年 月 日																														
		平成 令和 年 月 日	平成 令和 年 月 日																														
	⑤ 労務不能と認められた期間		⑥ 左欄⑤のうち入院期間																														
	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで																														
	⑦ 上記⑤内の診療実日数	日	⑧ 療養費用の別・健保・自費・公費()・その他()																														
	診療日を○で囲んでください	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
		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
		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
① ⑤の期間中の傷病の主症状及び経過状況と、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 (治療内容・検査結果・療養指導内容等を詳しく)				② 人工透析を実施又は人工臓器を装着したときはその年月日																													
				昭・平・令 年 月 日																													
				人工臓器等の種類																													
				・人工肛門 ・人工関節 ・人工骨頭 ・心臓ペースメーカー ・人工透析 ・その他																													
				()																													
患者氏名	上記のとおり相違ありません。																																
	令和 年 月 日	医療機関	所在地	名称																													
			医師氏名	電話番号 ()																													