

健康保険 傷病手当金請求書

③該当する箇所を○で囲んでください。継続の場合はその回数を記入してください。

被保険者が記入するところ

令和1年5月31日提出

④訂正がある場合は全て同じ印で訂正印を押印してください。

①被保険者証の記号 1234	②事業所名称 健保運輸株式会社	③請求回数 初回
被保険者証の番号 5678		継続()回目
④被保険者(請求者)の氏名 (フリガナ) ケンボ イテロウ 健保 一郎	⑤被保険者の生年月日 昭和 30年 10月 1日	終

⑥仕事の内容を具体的に記入してください。役員の方は、役員報酬不支給決定した役員会の議事録の写等及び賞金台帳写を添付してください。

⑩傷病名が外傷の場合、負傷の場所、原因などを詳しく記入してください。

⑦被保険者(請求者)の住所 〒000-0000 〇〇市〇〇町〇〇丁目〇 番(〇〇)〇〇-〇〇〇〇	⑧病気やケガで仕事を休んだ期間 (請求期間) 令和1年5月1日 令和1年5月20日
---	--

⑨今回、請求する期間を記入してください。

該当する箇所を○で囲んでください。(何をしています)

⑨発病又は負傷年月日 30年4月28日 午前 3時頃 (日)曜日 午後	⑩請求期間内に出勤又は有給扱いとした年月日 1年5月1日~1年5月3日 月/日 / / / /
---	---

⑪請求期間内に出勤・有給の場合に記入してください。

交通事故による場合は、「事故発生状況報告書」・「事故証明書」等が必要になります。

⑨発病又は負傷の原因 自宅で階段を踏み外した。	⑪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
⑫負傷の場所(どこで) 自宅内	⑬傷病名 腰部打撲
⑬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 其他(休日)	⑭第三者行為の場合、「第三者行為による届書」が必要です。
⑭第三者行為で ある・ない	
⑮交通事故で ある・ない	

⑫今回、労務不能と認めた傷病名をご記入ください。

⑮傷病手当金と同じ傷病で障害年金・障害手当金を受給しているときは、年金額、傷病名などを記入し、年金等の年額がわかる年金証書等の写しを添付してください。

⑯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	⑰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
⑱年金・手当金の額 円	⑲年金の額
⑲障害年金等を受給する原因となった傷病名	⑲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
基礎年金番号	年金コード又は記号番号もしくは番号

⑲資格喪失後に請求する方のみ記入してください。老齢退職年金を受給されている方は、年金額等を記入し、年額がわかる年金証書の写等を添付してください。

※⑮又は⑰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になります。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。

以上のことを確認しました。 (☑を記入してください)

金額の受領委任欄

⑩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1年5月31日

被保険者氏名 健保 一郎 (請求者)

委任された者の
所在地 〇〇市〇〇区〇〇町〇-〇
事業所 健保運輸株式会社
氏名・愛知 健一 代表者之印

⑩上記④欄に押印したものと同一印鑑をお願いします。

事業主に捺印をお願いしてください。請求時に勤務先を退職している方は当該委任状欄は不要です。被保険者名義の振込先を余白に記入してください。

事業主が記入するところ

⑦ 労務に服さなかった期間		令和 1 年 5 月 1 日 から 令和 1 年 5 月 20 日まで										⑦ 療養のため仕事を休んだ期間を記入してください。																						
欠勤...×	有給...△	(5)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	
① 給料の種類	② 給料締切日	③ 給料支払日	(3) 月分			() 月分			() 月分			備 考	実際に支払った額を賃金台帳にあわせて記入してください。																					
月給 日給 時給 ② 本来支給すべき金額を記入してください。実際に支給した金額ではありません。	20日締切	当月 翌月 25日払	④ 出勤・有給の日数	出勤(5)日	出勤()日	出勤()日	有給(3)日	有給()日	有給()日																									
⑤ (支給の有無に関) 記入	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)										賃金の締切にあわせて記入してください。																							
	4月21日から	5月20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 220,000)	50,000円		円		円		220,000円×5/22を支給					欠勤控除等、給与計算方法を記入してください。																						
家族手当(1ヶ月 10,000)	10,000円						全額支給																											
住宅手当(1ヶ月 5,000)	2,500円						出勤一日で半額支給																											
通勤手当(1ヶ月 8,650)	8,650円						出勤一日で全額支給																											
能率手当(1ヶ月 歩合)	31,000円																																	
残業手当(1ヶ月)	23,500円																																	
有給手当(1ヶ月)	25,500円						8,500円×3日																											
手当(1ヶ月)																																		
合 計	151,150円		円		円																													
こ	令和1年5月31日																																	
ろ	被保険者氏名	健保 一朗	事業主印を押印してください。また、訂正がある場合は同じ印で訂正印を押印してください。		所在地	〇〇市〇〇区〇〇丁目〇〇-〇						代表者之印																						
	上記のとおり相違ないことを証明し				名称	健保運輸株式会社																												
					事業主名	愛知 健一																												
					電話	(〇〇〇) 〇〇〇 - 〇〇〇〇																												

療養を担当した医師が記入するところ	④ 労務不能と認められた傷病名	⑤ 発病又は負傷年月日	⑥ 療養給付開始日	⑦ 発病または負傷の原因
	腰部打撲	昭和 30年4月28日 平成 年 月 日 昭和 年 月 日 平成 年 月 日	昭和 1年5月1日 平成 年 月 日 昭和 年 月 日 平成 年 月 日	自宅階段で転倒
	⑧ 労務不能と認められた期間	⑨ 左欄⑤のうち入院期間		
	令和1年5月1日から 令和1年5月20日まで	令和1年5月1日から 令和1年5月3日まで		
	⑩ 上記⑤内の診療突日数	5日	⑪ 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	1年5月	⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺	
		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、従業の種類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・療養指導内容を詳しく)	⑫ 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 昭和・平成 年 月 日		
	5月1日入院 腰痛著明・歩行困難のため就労不能	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	健保 一朗	⑬ 医師の印を押印してください。また、訂正がある場合は、同じ印で訂正印を押印してください。		
傷病名が複数ある場合は、傷病名ごとに記入してください。	上記のとおり相違ありません。	所在地	〇〇市〇〇区〇〇丁目〇〇-〇	
	医療機関	名称	〇〇病院	
	令和1年5月31日	医師氏名	愛知 太郎	
		電話番号	(〇〇〇) 〇〇〇 - 〇〇〇〇	