



# 健康保険 傷病手当金請求書 (第 回)

※記入もれがある場合は、書類を一旦お返しすることがあります。太枠内は楷書で丁寧にご記入ください。

※記入内容を訂正される場合は、下記①欄に押された印鑑(★)を訂正印として必ず押してください。



## 被保険者記入欄

## 傷病手当金3-1

① 被保険者の	記号	番号	氏名・印	生年月日
			 ★	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日
② 被保険者の現住所	〒 -		日中連絡の取れる電話番号 ( )	
③ 個人番号 (マイナンバー) (*上記①欄/記号番号 記入の場合は、不要です)			④ 事業所での 業務内容・種類	(*退職後の請求の場合は、退職前の事業内容)
⑤ 資格取得年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日		⑥ 標準報酬月額	(千円)
⑦ 傷病名			⑧ 発病または負傷の 年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日
⑨ 発病又は負傷の 原因について			⑩ 他人の行為によって発病又は負傷したものでか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
⑪ 療養のため休んだ 期間(請求期間)	(第1回目の請求は、待期間も含めてご記入ください。) 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで ( ) 日間 (給与締切日以降にご請求ください。)			
⑫ 上記期間中にお ける療養状況を 詳しく	(病状やどのように過ごしたか、医師からの指示内容など具体的にご記入ください)			
⑬ 上記請求期間中に報酬をうけましたか	<input type="checkbox"/> 受けた (平成 年度 月分 円) <input type="checkbox"/> 受けていない			
⑭ 障害年金等を 受給中の方	上記⑦により障害年金または障害手当金を受給していますか		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 請求中	
	障害年金等の受給原因となった傷病名と年金額		(傷病名) 年額 円	
⑮ 退職後の期間を 請求される方	老齢年金または退職を事由とする公的年金を受給していますか		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 請求中	
	公的年金の制度名と年金額		(制度名) 年額 円	
	雇用保険の受給期間延長をしていますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		【提出書類】(「はい」の場合は、下記書類を添付してください。) 「離職票」または「受給期間延長通知書」の写し	
	現在加入している	健康保険(名)	本人・家族の別	記号 番号
		本人・家族		
	基礎年金番号	傷病手当金の支給決定をするにあたり、審査のために関係機関等へ照会すること、回答を得ることに対して同意いたします。なお、本書の写しも有効であることを認めます。 氏名  ★		
⑯ 介護保険法による サービスを受けている方	(保険者番号) (保険者名称)	(被保険者番号)		

\*被保険者以外の口座を指定する場合は、下記「受取代理人の欄」に必ずご記入・押印してください。  
(被保険者印(★)代理人印(☆)は、別々の印鑑で押印し、ご提出ください。)

## 振込先金融機関の欄

銀行・店名	(店番号)	本店 支店	受取代理人の欄	本請求にもとづく給付金に関する受領を 下記の代理人に委任します。	
預金種別	銀行・金庫			被保険者(請求者)	<input type="checkbox"/> 上記②と同じ
口座番号 (左づめでご記入ください)	普通・当座		(住所)	 ★	
			(氏名)		
			被保険者と代理人との関係	配偶者・親子・その他( )	
口座の名義人	(カタカナでご記入ください)		代理人(口座の名義人)	<input type="checkbox"/> 上記②と同じ	
			(住所)		
			(氏名)	 ★ (☆)	

# 事業主証明欄

# 傷病手当金3-2

<b>① 被保険者の</b>	記号	番号	氏名	
<b>② 労務に服さなかった期間</b>	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 まで 日間			
【出勤は○】、【有給は△】、 【公休は■】、【欠勤は×】で それぞれ表示してください。	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		
<b>③ 上記②欄の期間に対して、賃金を支給をした(□はい □いいえ)。また、支給日以降、追って、支給するものが(□ある □ない)</b>				
<b>④ 報酬について</b>	賃金計算締日及び支払日	(締日) 日 / (支払日) □当月・□翌月 日		
	給与の種類	□月給 □日給 □日給月給 □時間給( 円)		
	所定休日	□毎週( 曜日) □隔週( 曜日) □不定期		
	欠勤控除の有無	□あり □なし	欠勤控除の算出式	
	控除額	① 一日当たりの控除額 円 日	② 欠勤日数	③ ①×②=控除額 円 ( 年 月分にて控除)
	通勤手当(支給内訳)	【原則】： □( ヶ月分)前払い □当月払い □前月払い □翌月払い □なし ・ ( )日分 ( )円(日額 円) 支給 ・ 月 日 ~ 月 日 まで、( )ヵ月分 円支給( 月給与で支給) *精算がある場合は 年 月分給与で( )ヵ月( )日分控除 精算額算出式		
	<b>⑤ 上記のとおり相違ないことを証明します。</b>		担当者氏名	
( * 上記②欄の賃金締切日以降に、事業主証明をしてください。 )				
平成 年 月 日				
事業所所在地				
事業所名				
事業主氏名 <span style="float:right;">(印)</span>				
電話 ( )				

### [注意事項]

- ・ 記入内容を訂正される場合は、上記⑤欄に押印された印鑑を訂正印として押してください。
- ・ 1回目及び請求期間に係る賃金締切日までに賃金の支払いがある場合は、必ず出勤簿(タイムカード)・賃金台帳の写しを添付してください。
- ・ 被保険者資格喪失後でも請求期間が在職期間中の場合は、事業主証明が必要となります。
- ・ 被保険者資格喪失後の請求期間分の申請は、事業主証明は必要ありません。

# 医師意見欄

※記入内容を訂正される場合は、下記⑨欄に押印された印鑑を訂正印として押してください。

## 傷病手当金3-3

患者氏名																																	
① 傷病名	(1)											② 療養の給付を開始した年月日	(1)																				
	(2)												(2)																				
	(3)												(3)																				
③ 発症または負傷の原因												④ 発症または負傷の年月日	平成	年	月	日																	
⑤ 労務不能と認めた期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで( )日間																																
⑥ 上記⑤期間中の診療日 (*外来の場合、診療日を○で囲んでください。)	入院	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで( )日間																															
	外来	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
		(診療実日数) 日 ・ (最終診療日) 平成 年 月 日																															
⑦・上記期間中における「主たる症状及び経過」、「治療内容、検査結果」等(できるだけ詳しくご記入ください。)																																	
・療養指導等(できるだけ詳しくご記入ください。)																																	
・症状の経過からみて、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(できるだけ詳しくご記入ください。)																																	
・「治療終了見込み期間」 <input type="checkbox"/> (平成 年 月頃) <input type="checkbox"/> 現段階では未定																																	
⑧ 医学的見地から、就労可能時期について																																	
<input type="checkbox"/> (平成 年 月頃) <input type="checkbox"/> 現段階では未定																																	
(その理由)																																	
<b>人工透析を実施または人工臓器等を装着したとき</b>																																	
実施または装着日											人工臓器等の種類																						
平成	年	月	日	ア、人工透析 イ、人工膀胱 ウ、人工関節 エ、人工肛門 オ、心臓ペースメーカー カ、人工骨頭 キ、その他( )																													
⑨ 上記のとおり相違ありません。 (*上記⑤欄の労務不能と認めた期間以降に証明をしてください。)																																	
											平成	年	月	日																			
医療機関の〒											電話 ( )																						
所在地																																	
医療機関名																																	
医師氏名											(印)																						

### [注意事項]

- ・内容審査に必要と判断した場合は、後日、文書にて照会させていただくことがあります。
- ・上記内容が網羅されていれば、医療機関で作成された書式を添付していただいてもかまいません。
- ・複数の傷病名がある場合は、傷病名上記①欄に主たる病名を順次ご記入ください。
- ・上記②欄は初診日を記入するのではなく、その傷病について健康保険による療養を始めた日をご記入ください。