

健 保 記 入 欄	受 付 年 月 日		年 月 日				決 裁				
	計 算 式		支 給 額		¥			円	常務理事	事務長	担当者
	支 給 期 間		自	年	月	日	日間				
			至	年	月	日					
	期 間 満 了		開 始	年	月	日	資 格 取 得		年 月 日		
			満 了	年	月	日	資 格 喪 失		年 月 日		
前 回		始	年	月	日	標 準 報 酬		月 額	千円		
		終	年	月	日			日 額	円		

健康保険 傷病手当金請求書 (第 回)

保険証の記号・番号		事業所名・所属											
被保険者の氏名		本請求に基づく給付金の受領を事業主に委任します。(任継・退職者除く)								資格取得日	年 月 日		
被保険者の住所		〒								都 道 市 区 郡	府 県 郡		
傷病名		1)		初診日								年 月 日	
		2)		電話								年 月 日	
発病時の状況を詳しく記入してください													
療養のために休んだ期間(申請期間)		年 月 日 から				日間		傷病の原因は、ケガや骨折・打撲といった「外傷」によるものですか。		□ はい □ いいえ			
		年 月 日 まで						「はい」の場合は負傷原因届または第三者行為の届が必要です。					
*1「障害厚生年金」または「障害手当金」受給していますか。受給している場合、どちらを受給していますか。								□ はい □ いいえ □ 請求中		□ 障害厚生年金 □ 障害手当金			
上記*1で「はい」または「請求中」と答えた方		【傷病名】											
①受給の要因となった傷病名を記入してください													
②基礎年金番号、年金コード、支給開始日、年金額を記入してください(請求中と答えた場合は、基礎年金番号のみを記入してください)		基礎年金番号				年金コード		支給開始日		年金額			
		年 月 日						年 月 日		円			
*2資格喪失した方で、その後も継続して傷病手当金を申請する場合、老齢または退職を事由とする公的年金を受給していますか。								□ はい □ いいえ □ 請求中					
上記*2で「はい」または「請求中」と答えた場合、基礎年金番号、年金コード、支給開始日、年金額を記入してください。(請求中と答えた場合は、基礎年金番号のみを記入してください)		基礎年金番号				年金コード		支給開始日		年金額			
		年 月 日						年 月 日		円			
★障害厚生年金及び老齢厚生年金等を受給している場合は①「年金証書」の写し、②直近の「年金振込通知書」または「年金額改定通知書」の写しを添付してください。請求中の場合は「年金見込額照会回答票」の写しを添付してください。													
*3労災保険から休業補償を受けている期間の傷病手当金の申請ですか。								□ はい □ いいえ □ 労災請求中					
上記*3で「はい」または「労災請求中」と答えた場合、請求元または請求先の労働基準監督署名を記入してください。		支給(請求)労働基準監督署名						労働基準監督署					
【退職後の方】		銀行 信用金庫				本店 支店		普通・当座					
振込希望の銀行口座を記入してください		口座番号		口座名義		(カタカナで記入)							

労務に服することができなかつた期間を含む賃金計算期間の勤務状況および賃金支払状況等を記入してください。

事業主が証明するところ	勤務状況(出勤は○で、有給は△で、公休は□で欠勤は/でそれぞれ表示してください。全欠勤は全てを=記入で可)		出勤	有給				
	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				
	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				
	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				
	*労務につけなかつた期間に対して賃金を支給しましたか?		賃金の種類 (○で囲んでください)	賃金計算				
	□ はい □ いいえ		月給・日給 日給月給 時間給・その他	締め日	日			
	*労務につけなかつた期間を含む賃金計算期間の賃金支払状況を下欄に記入してください。			支払日	日			
	支給内訳	区分	期間	単価	月分	月分	月分	(備考)
		勤務手当						
		家族手当						
役付手当								
() 手当								
() 手当								
計		円	円	円	円			
上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日								
事業所所在地								
事業所名称								
事業主氏名								

療養を担当した医師等が意見を記入するところ	患者氏名			
	傷病名	1)	療養給付開始年月日(初診日)	1) 年 月 日
		2)	2) 年 月 日	
	発病または負傷年月日	年 月 日 発病・負傷	発病または負傷の原因	
	労務不能と認められた期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間		
	上記のうち入院期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間		
	診療実日数	診療日を○で囲んでください	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
	上記期間中に行った療養の内容			
◆投薬の有無：□あり(日分) □なし ◆通院指導の有無：□あり(回) □なし(理由)				
◆労務不能と認められた期間中における「主たる症状及び経過」(治療内容、検査結果、療養指導)等、詳しくご記入ください。				
◆症状経過から見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をご記入ください。				
★労務可能見込 年 月 日頃・不明				
障害年金診断書について	診断書の記載	あり・なし	受診状況等説明書の記載	あり・なし
	診断書の傷病名			
上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日				
★労務不能と認められた期間が経過した後に証明してください。				
★文字を訂正されたときは、医師の訂正印をお願いします。				
医療機関所在地				
医療機関名称				
医師の氏名				
(印) 電話 - -				