

健康保険 傷病手当金請求書（第 回）

										年 月 日 提出					
被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者 記号番号	記号	被保険者 資格取得日		平成 ・ 令和	年	月	日	被保険者 資格喪失日 (喪失後の場合)	令和	年	月	日		
		番号													
	被保険者 (請求者) 氏名	フリガナ					〒								
							被保険者 (請求者) 住 所								
	生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日					電話 ()								
	事業所名 及び電話										社員番号				
	傷 病 名										発病又は 負傷年月日	平成 令和	年	月	日
	発病の状態 又は負傷の 原因を詳しく										第三者の行為に よるものですか		いいえ ・ はい		
	傷病又は 負傷で療養 するため 休んだ期間	令和 年 月 日 から					日間								
		令和 年 月 日 まで													
	うえに書いた期間の部分の報酬（賃金）を 受けましたか、又は受けられますか			現在まで	受けた ・ 受けない			将 来		受けられる ・ 受けられない					
	報酬支払を受けたとき（受けられる）ときは、 その報酬の額と、その報酬支払の基礎となった （なる）期間	令和 年 月 日から													
		令和 年 月 日まで		の日分として 円											
	障害厚生年金又は障害手当金 受給の有無	有 ・ 無 ・ 請求中		基礎年金番号		—									
	受給病名					障害厚生年金 ・ 手当金の額		円							
任意継続被保険者 ・ 資格喪失者の方	老齢又は退職を事由とする公的年金受給の有無				年金コード又は記号番号もしくは番号				年金額						
	有 ・ 無 ・ 請求中								円						
									円						
									円						
	無職無収入 の証明	令和 年 月 日から		日間 無職無収入でありました。											
令和 年 月 日まで															

委 任 状	本請求に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。 年 月 日											
	被保険者 (請求者)											

支 払 金 融 機 関	※退職後の申請の場合は、ご記入ください。											
	銀 行				本 店							
	金 庫				支 店							
	支店番号	普通	口座番号									
		当座										
名義人	フリガナ											

※ 健 保 使 用 欄	☐ 12月間以上 ☐ 12月間未満											
	被 保 険 者	平均標準 報酬月額	千円		健 保 組 合	平均標準 報酬月額	千円					
		1/30相当額	円			1/30相当額	円					
	支 給 日 額	(円) × 2/3				支 給 日 数	日間					
	支 給 額	(支給日額 円) × (支給日数 日間) = (円)										
円												

受付日付印

		社員番号				氏名				
事業主が証明するところ	労務に服さなかった期間		令和	年	月	日	から	日間	給与の締日及び支払日	
			令和	年	月	日	まで		日締日払	
	うえの期間中の分として支払う報酬関係	①全額支給した場合又は支給する場合	令和	年	月	日	から	の分として	金	円
			令和	年	月	日	まで			
		②一部支給した場合又は支給する場合	令和	年	月	日	から	の分として	金	円
				令和	年	月	日			
	③現在まで又は将来も支給しない場合は、その旨	令和	年	月	日	から	の分として	金	円	
		令和	年	月	日	まで				(
上記のとおり相違ないことを証明します。								年 月 日		
所在地										
事業主 名 称										
氏 名										
電 話										

療養を担当した医師が意見をかくところ	傷 病 名									
	発 病 又 は 負 傷 年 月 日		令和	年	月	日				
	療養の給付を開始した年月日		令和	年	月	日				
	発 病 又 は 負 傷 の 原 因									
	労 務 不 能 と 認 め た 期 間		令和	年	月	日	から	日間	左の期間中の診療実日数	日間
			令和	年	月	日	まで			
	傷 病 の 主 状 態 及 び 経 過 概 要									
う え の 期 間 中 に 入 院 し た 期 間 が あ る 場 合 は そ の 期 間		令和	年	月	日	から	日間	入 院 の 費用の別	健 保 ・ 公 費 自 費 ・ その他	
		令和	年	月	日	まで				
上記のとおり相違ないことを証明します。										
所 在 地										
医 師 医療機関名										
氏 名										
電 話										
㊞										