

健康保険 傷病手当金請求書 (第 1 回)

										2019 年 5 月 10 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 1		被保険者 資格取得日		平成 令和		2		6		0		7		0		1		被保険者 資格喪失日 (喪失後の場合)		令和		年		月		日		
			番号 1234						2		6		0		7		0		1												
	被保険者 (請求者) 氏名		フリガナ ケンポ タロウ										被保険者 (請求者) 住 所		〒 151-0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷 1-1-1																
	生年月日		昭和 ・ 平成 年 月 日										電話 03 (1234) 1234																		
	事業所名 及び電話															社員番号 123456															
	傷 病 名 右足複雑骨折															発病又は 負傷年月日		平成 令和		0		1		0		5		0		1	
	発病の状態 又は負傷の 原因を詳しく															旅行先でトレッキング中に、木の根に足を挟んだ										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 1 年 5 月 2 日 から		11日間										令和 1 年 5 月 12 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		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。	2019 年 5 月 10 日
	被保険者 (請求者) 健保 太郎	

※退職後の申請の場合は、ご記入ください。

支 払 金 融 機 関	健保 銀行 金庫		川崎 本店 支店
	支店番号 150	普通 当座	口座番号 7654321
フリガナ 名義人		ケンポ タロウ 健保 太郎	

※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)					

受付目付印

		社員番号				123456		氏名		健保 太郎	
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	(月日支払)	
		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	
							(月日支払)				
③現在まで又は将来も支給しない場合は、その旨							は、現在までも将来も支給しません。				
上記のとおり相違ないことを証明します。											
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							左の期間中の診療実日数	日間		
	傷病の経過概要										
	うえの期間中における入院した期間		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											

④