

健康保険傷病手当金請求書(第 回)

記入例

この欄の訂正は本人の印
 記入するときは、うら面の説明事項をよく読んで誤りのないようにしてください。

被保険者証の記号・番号 ① 1 1 1 1 ② 2 2 2 2		③ 被保険者(請求者)名 運輸 太郎	④ 生 年 日 昭和 平成 令和 5 0 0
被保険者(請求者)の住所 (フリガナ) コウベシチュウオウク〇〇チヨ 〒 〇〇〇 - XXXX 神戸市中央区〇〇町×××		電話 〇〇〇 (ΔΔΔΔ) XXXX	
⑦ 事業所の名称 株式会社 〇〇〇〇〇	⑧ 被保険者の業務の種別 運転手		
⑨ 傷病名 胆石症	標準報酬月額 300 千円		
⑩ 発病または負傷の年月日 3 年 1 月 15 日 午前 8 時 10 分 午後 〇時 〇分	⑪ 発病または負傷原因を詳しく 腹部が痛み耐えられなかった		
⑫ 発病または負傷原因を詳しく 第三者行為によるものですか いいえ・はい			
⑬ 病気またはけがのため休んだ期間(請求期間)	令和 3 年 1 月 16 日から 令和 3 年 1 月 31 日まで	ただし 16 日間	日は出勤のため除く
⑭ ① 給料を受けたかどうか	ア. 全部受けた ウ. 全部受けられる エ. 一部受けられる オ. 受けられない	イ. 一部受けた エ. 一部受けられる	年 月 日から 日間の内 日分 年 月 日まで
⑮ 入院したとき	⑯ 健康保険または自費で入院しましたか 1. 健保 2. 公費 3. 自費 4. その他	⑰ 入院期間	年 月 日から 日間の内 日分 年 月 日まで
⑱ 介護保険法のサービスを受けたとき	⑲ 入院した病院の名称	⑳ 入院した病院の所在地	
⑳ 障害厚生年金又は障害手当金を受給していますか	はい・いいえ・請求中		
㉑ 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・いいえ・請求中		
㉒ ③で「はい」と答えた場合、基礎年金番号、年金コード、支給開始年月日、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	支給開始年月日	年金額(年額)
		昭和 平成 年 月 日	円
⑳ 労務に服さなかった期間	出勤は○で、有給は△で、欠勤(土・日・祝日も連続して休んでいるときは同じ)は/でそれぞれ表示してください。		
3 年 1 月 16 日から	3 年 1 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 欠勤 16 日 有給 日		
3 年 1 月 31 日まで	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 欠勤 日 有給 日		
16 日間	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 欠勤 日 有給 日		
⑳ うえの期間中の分として、報酬を全部又は一部支給した場合は支給する場合×切日()日	種類	基本給	扶養手当
	月分	円	円
	月分	円	円
	月分	円	円
現在までも又は将来も支給しない場合はその旨	月給・日給・日給月給・時間給・その他		月 日から出勤
3 年 2 月 10 日			受付年月日
事業所所在地	神戸市中央区〇〇町×××		
事業所名称	株式会社 〇〇〇〇〇		
事業所氏名	代表取締役 〇〇 〇〇		
	〇〇〇 (ΔΔΔ) XXXX 番		

「初回請求分」には請求期間中の賃金台帳と出金簿(タイムカード)の写を添付してください。

① 傷病名			
② 発病または負傷の原因			
③ 発病または負傷の年月日	平成 令和 年 月 日	④ 診療を開始した年月日	平成 令和 年 月 日
⑤ 労務不能と認められた期間	令和 令和 年 月 日から 日	⑥ 左の期間中の診療実日数	日
上記⑤の期間のうち入院した期間	令和 令和 年 月 日から 日	⑦ 入院の費用の別	健康保険・公費 費用の別 自費・その他
⑧ のうち外来診療日を○で囲む	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
⑨ (1) 労務不能と認められた期間中における「症状および経過」「治療内容、検査結果、療養指導等」について詳しく (2) 症状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 (いつ頃から就労出来そうですか。 年 月 日頃・未定)			
⑩ 人工透析を実施又は人工臓器装着したとき	人工透析を実施又は人工臓器を装着した日	昭和 平成 年 月 日	
	人工臓器等の種類	ア. 人工肛門 イ. 人工関節 ウ. 人工骨頭 エ. 心臓ペースメーカー オ. 人工透析 カ. その他()	
上記のとおり相違ありません。 平成 年 月 日 住所(所在地) 医療機関名 医師氏名 電話 () 番			
振込希望金融機関名	預金種別	口座名義人	
〇〇〇 銀行 金庫 XXXX 支店 農協	1. 普通 2. 当座 3. 貯蓄	(フリガナ) ウンユ タロウ	
	口座番号	運輸 太郎	
	1 1 1 1 1 1 1 1		
↑ 被保険者(申請者)名義のもの(受領委任をする場合は代理人名義のもの)を記入してください。			
受取代理人の欄	代理 人 の 氏 名	被 保 険 者 (申 請 者) と の 関 係	
	本請求に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。 令和 年 月 日	(フリガナ)	
	住所	郵便番号	
	氏名	代理 人 の 住 所 ・ 電 話 番 号	
		(フリガナ)	
		電話 ()	
社会保険労務士氏名等			

この欄は給付金の受取を代理人に委任する場合のみ記入してください。

※こちらの欄は、担当の医師の意見記入欄です。療養されている医療機関にて証明をもらってください。