

健康保険傷病手当金請求書

① (第 回日)

◎記入の方法は裏面に書いてありますからお読みください。

被 保 者 が 記 入 す る と こ ろ	② 被保険者証の記号番号	(記号)	(番号)	③ 被保険者(請求者)の氏名と印	(フリガナ)	④ (印)
	⑤ 被保険者(請求者)の住所	〒	—	(フリガナ)	生年月日	大正・昭和 年月日
	⑥ 事業所の名称	⑦ 被保険者の業務の種類		(別) 事務員、成形工など		
	⑧ 傷病名	⑨ 発病または負傷の年月日		平成 年 月 日		
	⑩ 発病の状態または負傷の原因を詳しく記入のこと	⑪ 第三者行為によるものですか		はい・いいえ		
	⑫ 疾病または負傷の診療をするため休んだ期間(支給期間)	平成 年 月 日から	平成 年 月 日まで		日間	
	⑬ うえの⑩に書いた期間の部分の報酬を受けましたか、または受けられますか	受けた	受けない	受けられる	受けられない	
	⑭ 報酬の支払いを受けたとき、または受けられるときは、その報酬の額とその報酬支払の基礎となった(なる)期間	平成 年 月 日	平成 年 月 日	の分として 円		
	⑮ あなたの基礎年金番号	—				
	⑯ 障害厚生年金または障害手当金を受給していますか	はい・請求中・いいえ				
⑰ 受給している場合、受給の原因となった傷病名	任意継続被保険者、資格喪失者の方					
⑱ 受給している場合、年金証書の写しおよび年金支払通知書の写し等現在受給している年金額のわかるものを添付してください	任意継続被保険者、資格喪失者の方					
⑲ 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・請求中・いいえ					
受給している場合、年金支払通知書の写し、年金改定通知書の写し等現在受給している年金額のわかるものを添付してください						

委 任 状	私は下記の事業主を代理人と定め、傷病手当金の受領方を委任します。	
	平成 年 月 日	平成 年 月 日提出
	被保険者(請求者) 住所 氏名 (印) (④と同じ印鑑)	代理人(事業主) 所在地 事業所名 氏名 (印)

平成 年 月 日提出
受付日付印

事 業 主 が 証 明 す る と こ ろ	① 労務に服さなかった期間		② 欠勤は○で、有給は△で、公休は◇で表示してください。		
	年 月 日から	月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15	④ 欠勤 日	
	年 月 日まで	月	16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	有給 日	
	日間	月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15	計 公休 日	
		月	16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31		
	③ うえの期間中の分として報酬を全額または一部支給した場合は支給する場合の内訳	形態	月給 日給 月給 日給 時給 その他()	給与計算の締日	日から 日締め
		内訳	年 月 日から 年 月 日まで	(日数) (合計) (日額)	円 円
			年 月 日から 年 月 日まで	日間	円 円
			年 月 日から 年 月 日まで	日間	円 円
			年 月 日から 年 月 日まで	日間	円 円
④ 現在までもまたは将来も支給しない場合は、その旨					
⑤ うえのとおり相違ないことを証明いたします。					
平成 年 月 日 事業所名 所在地 事業主氏名 (印)					
電話 ()					

療 養 を 担 当 し た 医 師 が 意 見 を 記 入 す る と こ ろ	⑥ 労務不能と認められた傷病名			
	⑦ 発病または負傷の原因および年月日	(原因)	(年月日)	
	⑧ 療養の給付を開始した年月日	平成 年 月 日	平成 年 月 日	
	⑨ 労務不能と認められた期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	⑩ 左の期間中の診療実日数	日間
	⑪ 当該期間における傷病の主症状および経過概要(治療内容等)			
	⑫ うえの期間に入院した期間がある場合はその期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	⑬ 入院の費用の別	健保・公費・自費
	⑭ うえのとおり相違ありません。	平成 年 月 日		
		住所 医師 医療機関名 氏名	(印)	
	電話 ()			

社会保険労務士の提出 代行者印	(印)
--------------------	-----

(被保険者の注意事項)

1. ②は、被保険者証の記号・番号を記入してください。ただし任意継続被保険者の場合は、任意継続被保険者になる前の記号・番号を記入してください。
2. ⑦は、「旋盤工」、「塗装工」、「用務員」、「守衛」、「賄婦」、「自動車運転手」または、「事務員」などと具体的に記入してください。
3. ⑩、⑯および⑳は、それぞれ該当する文字をマルで囲んでください。
4. ㉓は、請求書を提出するとき現在までのことを、「受けた」、「受けない」に、また、将来のことを「受けられる」、「受けられない」にわけて、二つの事項をマルで囲んでください。
5. ㉔は、「いつ（平成〇年〇月〇日午前〇時）、どこで（台所）、なにを（料理を）、どうしているとき（作っているとき）、なにが（包丁で）、どこを（指先を）、どうした（裂傷した）」というようにくわしく記入してください。
6. 傷病が第三者の行為によるものであるときは、別に「第三者行為による傷病届」を作って、この請求書に添付してください。
7. 証明書等が外国語で記入されている場合は、翻訳者の住所、氏名を明記した翻訳文を添付してください。
8. 請求書を提出するとき事業所を退職していない場合は、原則として受領方を事業主に委任してください。

(事業主の注意事項)

1. ㉑の「全部支給」または「一部支給」とは、一日当たりの賃金の全部または一部の意味です。
2. ㉒は、「現在までも、また将来も支給しない」と記入してください。
3. 被保険者の資格を喪失した後の期間については、事業主の証明は必要ありません。
4. 請求期間にかかる「賃金台帳」と「出勤簿（タイムカード）」の写しを添付してください。

(医師の注意事項)

1. ㉕および㉖は、該当する文字を○で囲んでください。
2. ㉗は、なるべく詳しく記入してください。特に、手術をした場合は、手術の名称と手術年月日などを記入してください。

(共通する注意事項)

1. 訂正したところは、各記入者の氏名のわきに押した印と同じ印を訂正印として押してください。
(①から⑯までの訂正箇所には④の印、⑰から㉑までの訂正箇所には㉑の印、㉒から㉖までの訂正箇所には㉖の印)
2. 印はハッキリと押し、印洩れのないようにしてください。
3. ㉔、㉕、㉖、㉗および㉘の期間の計算は、両端を入れて間違いなく計算してください。たとえば、6月13日から6月19日までは、7日間となります。