

# 健康保険 傷病手当金 請求書 (第 回)

健 保 記 入 欄	同年月日	令和 年 月 日	常務理事	事務長	担当者	
	支給決定額					
	前回	始	令和 年 月 日	資格取得	昭・平・令 年 月 日	
		終	令和 年 月 日	資格喪失		
	支給期間	令和 年 月 日	日間	平均報酬月額	円	
		令和 年 月 日	日間	108条期間		
	支給開始日	令和 年 月 日		控除金額		
一部不支給	令和 年 月 日	日間	理由			

被 保 険 者 ( 申 請 者 情 報	被保険者等の	記号	番号	氏名	生年月日	
	住所	(〒 - ) (都 道 府 県)			昭・平・令 年 月 日	
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ( )				
	事業所名称	業務内容 (退職後の申請の場合は退職前の仕事の内容)				

※「振込先指定口座」または「受取代理人の欄」のどちらかを選んで記入して下さい。

振 込 先 指 定 口 座	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は下記の欄を記入。) 注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。				
	口座名義	(フリガナ)	金融機関 名称	銀行 労金 本店 農協 信金 支店	
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 2. 当座	口座番号	左づめでご記入ください。	

受 取 代 理 人 の 欄	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。 令和 年 月 日	
	氏名	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ
	代理人の事業所(工場)又は住所	代理人の氏名

- 訂正は訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容を記入してください
- 被保険者等の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄にご記入ください  
マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です

2ページに続きます。>>>

受付日付印

備考

社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄

# 健康保険 傷病手当金 請求書

申請内容	1) 傷病名	2) 傷病名	2 発病または負傷年月日	令和 年 月 日		
	2) 傷病名	傷病コード(※健保記入)	令和 年 月 日			
	(いつどこでどんな用事で何をしているとき) 年 月 日 AM・PM ( : )					
3 発病の状態または負傷の原因		第三者行為による傷病か	はい・いいえ	業務時間内か	はい・いいえ	
4 療養のため休んだ期間(申請期間)		(令和) 年 月 日 から 年 月 日 まで			日数	日間

確認事項	1 「障害厚生年金」または「障害手当金」を受給していますか。受給している場合、どちらを受給していますか。	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. 請求中 <input type="checkbox"/> 3. いいえ	→	<input type="checkbox"/> 1. 障害厚生年金 <input type="checkbox"/> 2. 障害手当金
	1 - ① 「はい」または「請求中」と答えた場合、受給の要因となった(なる)傷病名及び基礎年金番号をご記入ください。  「請求中」と答えた場合は、傷病名・基礎年金番号をご記入ください。	傷病名	年金コード	
		基礎年金番号	支給開始年月日	年金額 円
2 (健康保険の資格を喪失した方はご記入ください。) 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。受給している場合、その名称ご記入ください。	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. 請求中 <input type="checkbox"/> 3. いいえ	→	名称	
2 - ① 「はい」または「請求中」と答えた場合、基礎年金番号等をご記入ください。  「請求中」と答えた場合は、傷病名・基礎年金番号をご記入ください。	基礎年金番号	年金コード	年金額 円	
	支給開始年月日	年金額	円	
3 今回の申請期間において別傷病により、労災保険から休業補償給付を受給していますか。	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. 労災請求中 <input type="checkbox"/> 3. いいえ			
3 - ① 「はい」または「労災請求中」と答えた場合、支給元(請求先)の労働基準監督署をご記入ください。	労働基準監督署			

労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間の勤務状況及び賃金支払状況等をご記入ください。

※証明欄の訂正は、訂正箇所を二重線で抹消し訂正印を押してください。

事業主が証明するところ	被保険者氏名		労務に服さなかった期間		年	月	日	から	日	まで	日間																							
	勤務状況 【出勤は○】で、【有給は△（半休▲）】で、【公休は公】で、【欠勤は／】でそれぞれ表示してください。																																	
	令和	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
	令和	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
令和	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	
上記の期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況をご記入ください。																																		
支給した賃金内訳	区分	基本賃金	諸手当				欠勤 控除額	総支給額																										
			期間	手当	手当	手当			手当																									
	1か月当りの金額	円	円	円	円	円																												
	月分 / ~ /						△	円																										
月分 / ~ /						△																												
月分 / ~ /						△																												
給与の種類	<input type="checkbox"/> 月給	<input type="checkbox"/> 時間給	欠勤控除計算方法等についてご記入ください。																															
	<input type="checkbox"/> 日給	<input type="checkbox"/> 歩合給																																
	<input type="checkbox"/> 日給月給	<input type="checkbox"/> その他																																
上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日																																		
事業所所在地																																		
事業所名称																																		
事業主氏名 電話 ( )																																		

※健保記入欄	108条関係	(自)	年 月 日	(至)	年 月 日	日間	円	月 日額	日支払 円
		(自)	年 月 日	(至)	年 月 日	日間	円	月 日額	日支払 円
		(自)	年 月 日	(至)	年 月 日	日間	円	月 日額	日支払 円

療養担当者が意見を記入するところ	患者氏名										
	傷病名	(1)	療養の給付開始年月日(初診日)				(1) 令和 年 月 日				
		(2)					(2) 令和 年 月 日				
		(3)					(3) 令和 年 月 日				
	発病または負傷の年月日	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 発病 <input type="checkbox"/> 負傷	労務不能と認められた期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間					
	発病または負傷の原因	うち入院期間		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間						
診療実日数		日									
上記の期間中における「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)											
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											
上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日											
医療機関の所在地											
医療機関の名称 電話 ( )											
医師の氏名											