

【記入上の注意事項】

記入訂正する場合は訂正箇所を二重線で抹消し訂正印を押印または欄外「訂正者氏名」にフルネームで署名してください。

この請求書は、3枚1組です。A4サイズで印刷し記入してください。

健康保険 傷病手当金請求書 [第 回]

被 保 険 者 （ 請 求 者 ） 情 報	①健康保険被保険者証の		②生年月日		③資格を 取得した 年月日	昭和 平成		年	月	日	昭和 平成 令和	年	月	日										
	記 号	番 号	※枝番記載不要			昭和 平成	年								月	日								
	④被保険者 (請求者) の氏名				⑤事業所名				業 務 内 容															
	⑥被保険者 (請求者)の 住所		〒 -		都 道 市 区 府 県 群				電 話 - -															
	⑦傷病名				⑧発病又は 負傷年月日		平成 令和		年		月		日											
	⑨該当の疾病は 病気（疾病）ですか。 ケガ（負傷）ですか。				1.病気 2.ケガ ⇒ そのケガは、第三者行為によるものですか？ 1. いいえ 2. はい 発病の状態または、負傷の原因を詳細に記入してください。																			
	⑩療養のために休んだ期間 (請求期間)				平成 令和		年		月		日		～		平成 令和		年		月		日		日間	

確 認 事 項	① 療養のために休んだ期間（請求期間）に報酬を受けましたか。 または今後受けられますか。				1. はい				2. いいえ							
	①-1 「はい」と答えた場合、支払われた期間とその報酬額を 記入してください。				平成・令和		年		月		日から		報酬額			
					平成・令和		年		月		日まで		円程度			
	② 「障害厚生年金」または「障害手当金」を受給していますか。 1. はい と答えた場合、どちらを受給していますか。 2. 請求中 と答えた場合、請求年月日を記入してください。				1. はい ⇒ (a. 障害厚生年金 b. 障害手当金) ※はいの場合は、年金証書(写)と年金振込通知書(写)等を添付してください。 2. 請求中 ⇒ (請求日：令和 年 月 日) 3. いいえ											
	※上記で「はい」または「請求中」と答えた方				傷病名											
	②-1 受給の原因となった傷病名を記入してください。				基礎年金番号				年金コード							
	②-2 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。)				支給開始年月日				年金額							
					平成 令和		年		月		日		円			
	③ 資格喪失（退職）した方、任意継続の方 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。				1.はい				2.請求中				3.いいえ			
	③-1 上記で「はい」または「請求中」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								
				平成 令和		年		月		日		円				
④ 労災保険等から休業(補償)給付等(※)を受けていますか。 ※国家公務員災害補償、地方公務員災害補償を含む				1.はい				2.請求中				3.いいえ				
				※はいの場合は、支給決定通知書(写)等を添付してください。												
④-1 上記で「はい」または「請求中」と答えた場合、 支給元(請求先)の労働基準監督署名を記入してください。																
⑤ 介護サービスを受けたとき		保険者 番号		被保険者 番号		保険者名称										

【記入上の注意事項】

記入訂正する場合は訂正箇所を二重線で抹消し訂正印を押印または欄外「訂正者氏名」にフルネームで署名してください。

療 養 担 当 医 師 が 意 見 を か く と こ ろ	患者氏名																																	
	傷病名		療養の給付開始年月日(初診日) 平成 令和 年 月 日 年 月 日																															
	発病または負傷の年月日		平成 令和 年 月 日 発病・負傷 発病または負傷の原因																															
	労務不能と認められた期間		平成 令和 年 月 日 から 平成 令和 年 月 日 まで 日間																															
	上記のうち入院期間		平成 令和 年 月 日 から 平成 令和 年 月 日 まで 入院 入院費用の別 健保 自費 公費() その他 転 帰 治癒 繰越 中止 転医																															
診療実日数		診療日を○で囲んでください。	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
			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
			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
傷病の主状態、経過状況および経過概要 (労務不能と認められた期間中の診療実日数が0日の場合は、治療状況を具体的にご記入ください)		1. 労務不能期間中の主たる病状 2. 治療内容、検査結果、療養指導等(詳しく) 3. 前月(前回期間)の症状との比較																																
労務不能と認められた医学的な所見		→ 若しくは、症状経過から見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																																
今後、労務不能と認められる期間及び意見		1. 労務可能となる治療見込み 年 月 日から労務可能 () 週間後頃から労務可能 理由： 2. 今のところ不明 理由：																																
上記のとおり相違ありません。		令和 年 月 日																																
医療機関所在地																																		
医療機関の名称																																		
医師の氏名		電話 - -																																