

【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 1 回]

ご自身の健康保険証に記載がありますので、ご確認の上記入してください。

被 保 険 者  ( 請 求 者 )  情 報	①健康保険被保険者証の 記号 <b>15</b> 番号 <b>1234</b> <small>※枝番記入不要</small>		②生年月日 昭和 <b>50</b> 年 <b>5</b> 月 <b>5</b> 日 平成 <b>50</b> 年 <b>5</b> 月 <b>5</b> 日		③資格を 取得した 年月日 昭和 <b>平成 10</b> 年 <b>4</b> 月 <b>1</b> 日 令和	
	④被保険者 (請求者) の氏名 <b>健保 太郎</b>			⑤ 事業 所名 <b>(株) ○○○○</b>		業務 内容 <b>システムエンジニア</b>
	⑥被保険者 (請求者) の住所 〒 <b>150-0000</b> <b>東京</b> <b>品川</b> 市 <b>区</b> <b>西五反田2-15-7</b>		都 道 府 県 <b>東京</b> <b>品川</b> 市 <b>区</b>		電話 <b>070-1111-1111</b>	
	⑦傷病名 <b>大腿骨骨折</b>				⑧発病又は 負傷年月日 平成・令和 <b>3</b> 年 <b>10</b> 月 <b>10</b> 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 <b>2.ケガ</b> ⇒ そのケガは、第三者行為によるものですか? <b>1.いいえ</b> 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。 <b>自宅の階段で足を滑らせ転倒し、即日入院、手術し、 退院後も3週間のリハビリを要した。</b>			
	⑩療養のために休んだ期間 (請求期間)		平成 <b>令和 3</b> 年 <b>10</b> 月 <b>10</b> 日 ~ 平成 <b>令和 3</b> 年 <b>11</b> 月 <b>10</b> 日 <b>32</b> 日間			

ケガの場合は、必ずどちらかに○をつけてください。

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. <b>はい</b> 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 <b>令和 1</b> 年 <b>10</b> 月 <b>10</b> 日から	報酬額
			平成 <b>令和 1</b> 年 <b>11</b> 月 <b>10</b> 日まで	<b>20万円程度</b>
	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) <b>※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。</b> 2. 請求中 ⇒ (請求日:令和 年 月 日) 3. <b>いいえ</b>	
	※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。			
	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。)		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	
	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 <b>3.いいえ</b> <b>※はいの場合は、支給決定通知書(写)等を添付してください。</b>		
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。

振込先	振込先 金融機関 ※被保険者名義の口座	日本	銀行 金庫 農協	東京	本店 支店	普通預金 口座番号							
	(7)がナ 口座名義	ケンボ 健保	タロウ 太郎			1	2	3	4	5	6	7	
口座情報	以下の欄は、受領を代理人に委任するときのみ記入。その場合の振込先は受領代理人の口座を記入してください。												
	受取代理人欄	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します 令和 年 月 日										※ 事業主が受取代理人になる場合にのみ被保険者の押印が必要となります。	
	被保険者 (請求者)	住所	氏名										
	代理人	(7)がナ	住所	氏名								委任者と代理人との関係	
		住所	電話	-									

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記入してください。

事業主が証明するところ	勤務状況（出勤は○、有給は△、公休は公、欠勤は／、代休は代、特休は特、リハビリ勤務は〇）を、それぞれ表示して下さい。																															出勤	有給		
	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	日	日
	年	年	※事業主が記入する欄ですので、 ご本人が記入する必要はありません。																															日	日
	年	① 労務に服する																																1. はい	2. いいえ
	② 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賃金支払状況を下欄にご記入ください。																																		
	労務に服することができなかった期間	年 月 日 から										日間										年 月 日 まで													
	上記の期間中の分として支払う報酬関係	現在までも又は将来も支給しない場合は✓する	<input type="checkbox"/> 現在までも又は将来も支給しない																																
	支給した期間	年	月	日	年	月	日	日間	支払額	支払日	日額																								
		円	円	円	円	円	円	円	円	円	円																								
		円	円	円	円	円	円	円	円	円	円																								
		円	円	円	円	円	円	円	円	円	円																								
	(会社の証明欄)	うえのとおり相違ないことを証明します。																																	
		令和 年 月 日																																	
		〒 住所																																	
	事業主	氏名																																	
		電話																																	

年 月 日提出

【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。

医師に記載をしてもらう欄ですので、ご本人が記入する必要はありません。

療 養 担 当 医 師 が 意 見 を 書 く と こ ろ	患者氏名		健保 太郎																																																																																																																									
	傷病名		大腿骨骨折																																																																																																																									
	療養の給付開始年月日 (初診日)		平成 令和 1 年 1 0 月 1 0 日																																																																																																																									
	発病または負傷の年月日		平成 令和 3 年 1 0 月 1 0 日 発病 ・ 負傷																																																																																																																									
	発病または負傷の原因		本人の請求期間と一致していること。																																																																																																																									
	労務不能と認められた期間		平成 令和 3 年 1 0 月 1 0 日 から 3 2 日間 平成 令和 3 年 1 1 月 1 0 日 まで																																																																																																																									
	上記のうち入院期間		平成 令和 3 年 1 0 月 1 0 日 から 2 2 日間 平成 令和 3 年 1 0 月 3 1 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		24 日																																																																																																																									
診療日を○で囲んでください。		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>1 0 月</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td> </tr> <tr> <td>1 1 月</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td> </tr> <tr> <td>月</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td> </tr> </table>																											1 0 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	1 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	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
1 0 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																																																																																													
1 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																																																																																													
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		<p>1. 労務不能期間中の主たる病状</p> <p>2. 治療内容、検査結果、療養指導等 (詳しく)</p> <p>3. 前月 (前回期間) の症状との比較</p>																																																																																																																										
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		<p>1. 労務可能となる治癒見込み 年 月 日から労務可能 ・ ( ) 週間後頃から労務可能</p> <p>理由:</p> <p>2. 今のところ不明</p> <p>理由:</p>																																																																																																																										
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 - -																																																																																																																										