

健康保険 傷病手当金（付加金）請求書 ^①（第 回）

1枚目 / 2枚中

常務理事	事務長	担当者

◆この請求書は2枚組です。担当医および事業主の証明を受けるときは、必ず2枚揃えて提出してください。

届出年月日		年 月 日 提出				
被 保 険 者 情 報	② 被保険者証の記号及び番号	記号	番号(従業員番号)	③ (フリガナ)氏名	④	
	④ 事業所名称			⑤ 生年月日	年 月 日	
	⑥ 住所及び電話番号	〒	電話			
被 保 険 者 の 状 況	⑦ 傷病名			⑧ 発症または負傷年月日	年 月 日 当日頃	
	⑨ 傷病の原因	私傷病	第三者行為	交通事故	労災 * 労災の場合は→ 休業補償給付受給中 労災請求中	
	⑩ 発症の状態又は負傷の原因を詳しく					
そ の 他 の 確 認 事 項	⑪ 療養のために休んだ期間(請求する期間)	年 月 日から		年 月 日まで 日間		
	⑫ ⑪の期間の報酬を受けましたか、または将来受けられますか(出勤、有休、積立休暇等がありましたか)	受けた		受けられる	受けない	受けられない
	⑬ 障害厚生年金又は障害手当金を受給していますか	未受給	請求中	受給中 * 受給中の場合は→	障害厚生年金	障害手当金
手 当 金 の 受 領 方 法 等	⑭ 高齢又は退職を事由とする公的年金を受給していますか(退職者のみ)	未受給	請求中	受給中	※ 受給中の場合は証書の写しを添付してください。	
	⑮ 委任状【被保険者が受領する場合】(給与口座へ振込み)	私は事業主を代理人と定め、傷病手当金および同付加金の受領方を委任します。				
	⑯ 被保険者以外が代理で請求・受領する場合は代理人の	(フリガナ)氏名	住所等	〒	電話	
健 保 使 用 欄	⑰ 振込希望口座【被保険者以外が請求する場合】(⑱の代理人の金融機関口座)	金融機関名称	銀行	信組	本店	支所
	口座種別	当座	普通	口座番号(右寄せ)	ゆうちょ銀行は右欄に店番号	
	口座名義(カタカナ)					

健 保 使 用 欄	支給額	千円	円	給付内訳	法定給付	円
	支給日	年 月 日		調整減額	円	円
	支給期間	法定	年 月 日 ~		年 月 日	日間
		付加	年 月 日 ~		年 月 日	日間
給付額決定の基礎となる報酬月額	千円	資格	得	年 月 日	前	始
		喪	失	年 月 日	回	終

受付日付印

事業主提出日

年 月 日

被保険者証の記号と番号を記入したときは、右欄は記入不要です。証の記号・番号に代わり個人番号(マイナンバー)で届出を行なうときに限り記入してください。ただし、被保険者の個人番号であることを特定する書類の添付が必要です。

健康保険 傷病手当金（付加金）請求書

2枚目 / 2枚中

事業主の証明に関するお願い 第1回目の申請のときは、その期間の出勤簿等の写しと賃金台帳等の写しを添付してください。また、2回目以降であっても、その申請期間（月度）において一部でも報酬支払があるときや前回の申請期間と継続していないときも同様の書類を添付願います。

事業主が証明するところ	① 労務に服さなかった期間		年 月 日 から		年 月 日 まで		日間																											
	② 上の期間について、出勤は○、有給・積立休暇(報酬支払いのある休暇)は△、公休は公、欠勤は／で、それぞれ表示してください。								出勤	有休積立																								
	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 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 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 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
	③ 上の期間(す)に(対)して(内)支給	期間	区分	月度	月度	月度	月度	④ 給与の種類 日給 日給月給 月俸 その他 (その他の場合は、具体的に)																										
		本給+職責給	円	円	円	円																												
	日給または月俸	円	円	円	円																													
	手当()	円	円	円	円																													
手当()	円	円	円	円																														
計	円	円	円	円																														
報酬の支払い・証明に関する補足事項等																																		
上のとおり相違ないことを証明します。								年 月 日																										
事業所の 所在地																																		
事業所の 名称																																		
事業主の 氏 名								☐ 電話																										

療養を担当した医師が意見をかくところ	① 患者氏名	② 傷病名				
	③ 発病又は負傷の年月日	年 月 日	④ 当日に発症(負傷)	⑤ 療養の給付開始年月日(貴院における初診日)		
	⑥ 労務不能と認められた期間	年 月 日	⑦ 左⑥における入院期間	年 月 日	年 月 日	
	⑧ 上⑥における診療実日数	日間	⑨ 療養費用の別	健保 ⑩ 自費 ⑪ その他	⑫ 転 帰	
	⑬ 傷病の主症状・経過概要等	⑭ ⑮の期間中における「主たる症状および経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等を詳しく記入願います。				
		症状の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所見を記入願います。				
	⑯ 人工透析を実施又は人工臓器を装着したとき	装着日	年 月 日	種類	人工肛門 人工関節 人工骨頭 心臓ペースメーカー 人工透析 その他 ()	
	上のとおり相違ないことを証明します。					年 月 日
	医療施設の 所在地					
	医療施設の 名称					
医 師 の 氏 名					☐ 電話	