健康保険傷病手当金請求書　（第　　回目）

取得年月日	S･H･R　.　.	報酬月額　　千円
喪失年月日	H･R　.　.	
支給開始日	H･R　.　.	

○　初回と最後の請求書には「出勤簿および賃金台帳」の写を必ず添付してください。また、2回目以降の請求でも給与の一部が支払われていれば、同様に添付してください。なお、「欠勤控除額」などがあれば、その算出方法（計算式等）を「賃金台帳の写」の余白に記入してください。

被保険者が記入するところ

被保険者証の記号・番号	③ 生年月日		
①	②	昭和 平成　年　月　日	
④ 被保険者(請求者)の氏名	フリガナ	⑤ 事業所の名称	
⑥ 被保険者(請求者)の住所	フリガナ 〒　　― 電話　（　　）		
⑦ 傷病名		※ 傷病コード	⑧ 発症又は負傷年月日（療養開始日）　年　月　日
		傷病コード	年　月　日
⑨ 発病又は負傷の原因を詳しく			
⑩ 業種の種別	1製造　2販売　3営業　4配送　5事務　6その他		
⑪ (具体的な)仕事の内容			
⑫ 介護保険法の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
⑬ 疾病又は負傷の療養をするため休んだ期間（請求期間）	年　月　日から　　日間 年　月　日まで		⑭ 第三者行為によるものですか 0:いいえ　1:はい
⑮ 請求期間中の療養状況（詳しく記入してください）	症状		
	医師からの治療に関する指示内容		
⑯ うえの⑬に書いた期間の部分の報酬を受けましたか	受けた 受けない	報酬の支払を受けたときはその報酬の額と、その報酬支払の基礎となった期間	年　月　日から　の分として 年　月　日まで　　円
⑰ 障害厚生年金又は障害手当金の受給の有無	有 請求中 無	受給の原因となった傷病名	年金額又は手当金額 円
⑱ 老齢又は退職を事由とする公的年金の受給の有無	有 請求中 無	年金の種類	年金額 円
⑲ 労災保険からの休業補償給付の支給の有無	有 請求中 無	労災保険請求中の場合、支給元(請求先)の労働基準監督署 労働基準監督署	

次ページの支払金融機関欄（受領代理人欄）を必ずご記入ください。

事業主が証明する欄

労務に服さなかった期間	1日～月末までについて、出勤は○で、有給は△で、公休は公で、欠勤は／でそれぞれ表示してください。	
年　月　日から 年　月　日まで （　　日間）	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	
	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	
うえの期間中の分として、報酬を全額又は一部を支給した場合あるいは支給する場合	(自)　年　月　日　～　(至)　年　月　日　日間　円　月　日支払　日額　円	
	(自)　　～　(至)　　日間　円　月　日支払　日額　円	
	(自)　　～　(至)　　日間　円　月　日支払　日額　円	
	(自)　　～　(至)　　日間　円　月　日支払　日額　円	
⑳ 現在までも又は将来も支給しない場合はその旨		

うえのとおり相違ないことを証明します。

年　月　日

事業主　住所

氏名

電話　（　　）

年　月　日提出

受付年月日

保険者のマイナンバー記載欄
(被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)

療養担当者が意見を記入するところ

傷病名	労務不能と認めた傷病名を記載してください。			
発病又は負傷の年月日	年　月　日　　不明の場合は、「不詳」を○で囲んでください　不詳			
療養の給付を開始した年月日	年　月　日	療養費用の別	健保・公費 自費・その他	
発病又は負傷の原因	不詳			
労務不能と認めた期間	年　月　日から 年　月　日まで　日間	左の期間中の診療実日数	日間	
上記のうち入院した期間	年　月　日から 年　月　日まで　日間	手術年月日	年　月　日	
		退院年月日	年　月　日	
受診日（○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				
症状経過からみて従来の職種について労務不能と認めた医学的所見	従来の職種については左記⑩⑪をご覧ください。			

上記の労務不能と認めた期間中に行った療養について（できるだけ詳しく記入してください）

○ 療養の指示内容および経過

○ 投薬　　あり（　月　日に　日分）（　月　日に　日分）・なし

○ 通院についての指導　　あり（　週に　回）・なし（理由：　　）

うえのとおり相違ありません。

年　月　日

住所（所在地）
医療機関名
医師氏名

電話　（　　）

受領代理人欄

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。

年　月　日

〒　－

住所

被保険者（請求者）

氏名

代理人氏名	フリガナ	委任者と代理人の関係	

支払金融機関欄

銀行コード　　支店コード

銀行・農協 信金・信組　　本店 出張所 支店　　1: 普通 2: 当座

口座番号　　口座名義人　フリガナ