

健康保険傷病手当金請求書 (第 1 回目)

記入例①

○ 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回目以降の請求書でも給与の一部が支払われている場合は「賃金台帳」の写の一部が支払われているように記入してください。

① 被保険者証の記号・番号	③ 生年月日	取得年月日 S・H	報酬月額	千円
4	昭和 年 月 日	喪失年月日 H		
12	平成 460416	支給開始日 H		
④ 被保険者(請求者)の氏名と印	フリガナ	⑤ 事業所の名称		
新名 清 (新名)		〇〇 洋菓子 (株)		
⑥ 被保険者(請求者)の住所	フリガナ	トシマク マルマル		
豊島区〇〇2-34-22	〒 170-0004	電話 03(3949)3001		
⑦ 傷病名	慢性肝炎	⑧ 発症又は負傷年月日(療養開始日)		
		〇〇年6月15日		
⑨ 発病の状態又は負傷の原因を詳しく	〇〇年6月15日自宅にて全身倦怠感が強くなった。必ず記入してください。			
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	クッキーなどの製造ライン			
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)	平成〇〇年6月15日から	16日間	⑬ 第三者行為によるものですか	
	平成〇〇年6月30日まで		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)	請求期間中の症状 倦怠感・食欲不振・疲労など 医師からの治療に関する指示内容 薬を飲み、安静にするように。定期的な通院等。必ず記入してください。			
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	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	平成 年 月 日 から	の分として
	受けない		平成 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	受給の原因となった傷病名	年金額又は手当金額	
	請求中			
	無			
⑱ 老齢又は退職を事由とする公的年金の受給の有無	有	年金または年金手当金を受給、又は請求中の場合には⑰欄及び⑱欄を必ず記入してください。また、その証明となる支払い通知書(はがきによる通知などの写を添付してください)。		
	請求中			
	無			

⑲ 現在までも又は将来も支給しない場合はその旨	現在までもまた将来も支給しない			
⑳ うえのとおり相違ないことを証明します。	平成 〇〇年 7月 12日 提出 平成 〇〇年 7月 2日 受付年月日			
事業主	住所	豊島区北大塚1-1-1	事業主印	
氏名	池袋 一郎	電話 03(3949)1234		

被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)

※ この欄は、医療機関等で療養を担当した医師に書いてもらってください。

療養担当者意見記入欄

発病又は負傷の年月日 平成 年 月 日 不明の場合は、「不詳」を○で囲んでください

療養の給付を開始した年月日 平成〇〇年 6月 15日 療養費用の別 健保・公費 自費・その他

申請者の方へ
この請求書は、支給の有無を決定させていただく大事な書類になりますので、該当するところは全て記入してください。(特に⑨⑩はなるべく詳しく記入してください。記入がない場合は、一度書類をお返しさせていただくこともございます)
なお、内容等について、後日照会させていただくこともございますので、ご了承ください。

事業主の方へ
初回と最後の請求書には、出勤簿と賃金台帳の写しを必ず添付してください。また、2回目以降も、給与の一部が支払われている場合は、同様に添付してください。
なお、欠勤控除をされていて、満額支払われていない給与(手当て等含む)がある場合は、賃金台帳の余白等に控除額の算出方法(計算式)を記入してください。

療養を担当した医師の方へ
労務不能期間は仕事の内容を考慮したうえで、従来の職種につくことができないと認められる期間をご記入ください。また、労務不能と判断された医学的見解を詳しくご記入ください。
なお、証明期間は証明日以前の期間をご記入ください。

住所(所在地) 豊島区南大塚2-3-4
医療機関名 豊島総合病院
医師氏名 豊島 晴男 (豊島) 電話 03(〇〇〇〇)〇〇〇〇

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。 平成 〇〇年 7月 12日

住所 豊島区北大塚2-34-22

被保険者(請求者) 氏名 新名 清 (新名)

代理人 氏名 堀内 浩之 (堀内) 委任者と代理人の関係 健保給付口座代理人

フリガナ ホリウチ ヒロユキ

銀行コード

口座番号

保険給付金は、原則として事業所(会社)経由でのお支払いをお願いしておりますので、「受領代理人欄」への記入をお願いします。受領代理人については、事業所から健康保険組合へ届け出てありますので、代理人指名欄への記入・押印は会社に依頼してください。
なお、事情により、ご自分の金融機関口座に振り込みを希望する方、または退職後に請求される方は「支払金融機関欄」にご自分の金融機関口座を記入してください。
また、ご自分の金融機関口座以外に家族の金融機関口座などの振り込みを希望する方は、「受領代理人欄(代理人となる家族の方などの記名・押印が必要)」と「支払金融機関欄」の両方の記入が必要になります。