

健康保険傷病手当金・傷病手当金付加金請求書（第 回）

（被保険者の記載要領）①仕事の内容を具体的に記入してください。 ②介護保険の被保険者証に記載されている事項について記入してください。 ③負傷の原因を詳しく記入してください。 ④該当する方を○で囲んでください。「はい」の場合は「第三者行為による傷病届」を添付してください。 ⑤請求書を提出するときに現在までのことを「受けた」「受けない」に、また将来のことを「受けられる」「受けられない」に分けて二つの事項を○で囲んでください。 ⑥⑦又は⑧の欄で「はい」又は「請求中」に○を付けた方のみ、基礎年金番号を記入してください。 ⑦⑧の欄で「はい」に○を付けた方のみ、老齢退職年金給付の年金証書又はこれに準ずる書類に記載されている年金コード又は記号番号もしくは番号を記入してください。 ⑨振込先を毎回必ず記入してください。 ⑩給付金の受領方を他人に依頼するときのみ、受取代理人の欄に必要事項を記入してください。 ⑪請求書を提出するとき現在までのことを、「受けた」「受けない」に、また将来のことを「受けられる」「受けられない」にわけて○で囲んで下さい。 ⑫の欄は、それぞれ該当する文字を必ず○で囲んで下さい。 ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名（サイン）をご記入ください。
 （添付書類）⑬の欄で「はい」に○を付けた方は、該当する年金給付の年金証書又はこれに準ずる書類の写し及びその額及びその支給開始年月を証明する書類並びにその直近の額を証明する書類（年金額改定通知書等）を添付してください。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者の記号・番号		生年月日		事業所の名称		①業務の種別			
			昭・平	年 月 日						
	被保険者（請求者）の氏名 及び同意欄		※ この申請に関し不明な点がある場合、健保組合から関係諸機関に照会することがあります。 後日本件については、貴組合に対して一切の異議申立てをしないことに同意した上で提出します。 令和 年 月 日							
	被保険者の住所		〒							
	電話番号	自宅	— —		携帯	— —		勤務先	— —	
	傷 病 名			発病又は負傷年月日			令和 年 月 日			
	② 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			
	③ 発病の状態又は負傷の原因を詳しく								④第三者行為によるものですか いいえ・はい	
	⑦ 傷病又は負傷の療養をするため休んだ期間（支給期間）		令和 年 月 日から令和 年 月 日まで 日間							
	⑤ うえの⑦に書いた期間の部分の報酬を受けましたか、又は受けられますか		はい・いいえ		報酬の支払を受けた（受けられる）ときはその報酬の額と、その報酬支払の基礎となった（なる）期間		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで の分として 円			
	⑧ 障害厚生年金又は障害手当金を受給していますか		⑥ 基礎年金番号			障害厚生年金又は障害手当金の受給の原因となった傷病名				
	いいえ・請求中・はい									
	任 意 継 続 被 保 険 者	⑨老齢又は退職を事由とする公的年金を受給していますか			いいえ・請求中・はい					
		⑩年金コード又は記号番号もしくは番号			年 金 額					
					円					
年 金 の 合 計 額			円							

⑧ 振 込 先	銀 行 金 庫	本 店 支 店	預金種別	口 座 番 号	名 義	(フリガナ)
			普通 当 座			
			その他			

⑨ 受 取 代 理 人 の 欄	本請求に基づく給付金に関する権限を代理人に委任します。 令和 年 月 日					
	被保険者 住所 〒 (請求者) 氏 名					
	代理人の氏名	(フリガナ)		代理人の住所	〒 —	電話 — —

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
 （マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。）

備考欄	
-----	--

(事業主の記載要領)

⑩「全額支給」又は「一部支給」とは、一日当りの賃金の全額又は一部のことです。

(医師の記載要領)

⑪健康保険での療養の開始日を記入してください。

⑫できるだけ詳しく記入してください。手術をした場合は、名称と年月日を記入してください。

⑬医療機関の印でなく、医師の印を押印してください。

注意事項

ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入ください。

事業主が証明する欄	労務に服さなかった期間	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	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
	年 月 日まで	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
	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
	⑩うえの期間中の分として、報酬を全額又は一部支給した場合又は支給する場合	自 年 月 日	至 年 月 日	日間	円	月 日	支払日額	円																									
		自 年 月 日	至 年 月 日	日間	円	月 日	支払日額	円																									
		自 年 月 日	至 年 月 日	日間	円	月 日	支払日額	円																									
		自 年 月 日	至 年 月 日	日間	円	月 日	支払日額	円																									
	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。 令和 年 月 日 事業主 住 所 氏 名 電話 - -																																

療養を担当した医師が意見を書くところ	傷 病 名							
	発 病 又 は 負 傷 の 年 月 日	令和 年 月 日						
	⑪療養の給付を開始した年月日	令和 年 月 日						
	発 病 又 は 負 傷 の 原 因							
	労 務 不 能 と 認 め た 期 間	令和 年 月 日から	日間	左の期間中の診療実日数	日間			
		令和 年 月 日まで						
	⑫傷病の主状態および経過概要							
	うえの期間中に入院した期間がある場合はその期間	令和 年 月 日から	日間	入院の費用の別	健保・公費 自費・その他			
	令和 年 月 日まで							
⑬うえのとおり相違ありません。 令和 年 月 日 住所(所在地) 医 師 医 療 機 関 名 氏 名 電話 - -								