

健康保険傷病手当金請求書（第 回） [被保険者 記入欄] 1/2

被 保 険 者 の 記 入 す る 欄	記号	番号	事業所の 名称	業務の種別
	被保険者 (請求者)の 氏名	(フリガナ)	疾病または負傷のために労務に服することが できなかった期間 (請求期間)	
			自	H 年 月 日
			至	H 年 月 日
	被保険者 (請求者)の 住所	(フリガナ)	生年月日	
		(〒 -)	年 月 日	
		電話 - -	S H	
	傷病名		発病(負傷) 年月日	H 年 月 日
			発病(負傷) 年月日	H 年 月 日
	発病の状態 または負傷の 原因を詳しく			
請求期間に報酬を受け た(受けられる)時は その期間と金額	年 月 日から	年 月 日まで	円	報酬月額 円
障害(厚生)年金 障害手当金 受給の有無	(いずれかに○をして下さい) 有・無・請求中		第三者行為に よるもの ですか(※)	(いずれかに○をして下さい) いいえ・はい
	受給病名		(※)第三者行為とは、加害者の行為により 傷病となった場合をいいます (例)交通事故	
障害(厚生) 年金受給有の場合	年 月から受給	基礎年金番号	障害(厚生) 年金額(年額)	
<資格喪失した方> 老齢(退職)を事由とする 公的年金受給の有無	有・無・請求中 年 月から受給	基礎年金番号	年金額 (年額)	
介護保険サービスを 受けた場合	保険者番号	被保険者番号	保険者名称	
振 込 金 融 機 関 の 欄	金融機関の名称	(銀行番号)	支店名	(支店番号)
		銀行 信用金庫 信用組合 農協		本店 支店 出張所
	預金種目	普通預金 ・ 当座預金	口座番号	
口座名義 (カタカナで記入)				

受 取 代 理 人 の 欄	被保険者	本請求に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します 年 月 日
	代理人 (口座名義人)	氏名 (〒 -) 被保険者との関係 () 住所 電話 氏名

健保受付印

療養を担当した医師が意見を記入する欄	傷病名													
	発病又は傷病の年月日	年	月	日										
	療養の給付を開始した年月日	年	月	日										
	発病又は負傷の原因													
	労務不能と認めた期間 <small><注意> 将来の日付は記入しないで下さい</small>	年	月	日から	年	月	日まで	日間						
	傷病の主状態 および経過概要													
	入院した期間がある場合は その期間	年	月	日から	年	月	日まで	日間						
上記のとおり相違ありません												年	月	日
住所（所在地）												電話（	）	—
医療機関名														
医師 氏名														

事業主が証明する欄	労務に服さなかった期間	年	月	日から	年	月	日まで	日間																											
	年 月	勤務状況 出勤は○で、有給は△で、公休は公、欠勤は/で、記入してください								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		
	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		
	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		
	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		
	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		
	給与の種類	月給・日給・時給 その他（ ）			支払日	当月払・翌月払			締日（	日締）																									
									毎月	日払																									
	通勤手当	6ヶ月に対して支給 ・ 3ヶ月に対して支給 ・ 1ヶ月に対して支給 ・ 1日に対して支給 ・ 支給無し																																	
上記のとおり相違ないことを証明します												年	月	日																					
事業所所在地																																			
事業所名称																																			
事業主氏名																																			