健康保険傷病手当金請求書（第１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
1 2 3	4 5 6 7 8	㈱〇〇〇〇〇〇〇〇 注：店舗名ではなく本社を記入	販売員

被保険者（請求者）の氏名	（フリガナ）ケンポ　タロウ 健保　太郎	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 R 〇 年 4 月 5 日 至 H R 〇 年 5 月 31 日 57 日間
被保険者（請求者）の住所	（フリガナ）トウキョウト〇〇ク　〇〇〇ー〇〇 （〒 〇〇〇 － 〇〇〇〇） 東京都 〇〇区 〇〇〇ー〇〇 電話 〇〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇	生年月日 S H 1 年 2 月 3 日
傷病名	狭心症	発病（負傷）年月日 H R 〇 年 4 月 5 日
		発病（負傷）年月日 H R 年 月 日
発病の状態または負傷の原因を詳しく	4月5日早朝、具合が悪くなり病院へ搬送。そのまま入院、原因不明。	
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	〇 年 4 月 5 日 から 〇 年 5 月 31 日 まで 2,464 円	報酬月額 240,000 円
障害（厚生）年金 障害手当金 受給の有無	（いずれかに〇をして下さい）注：必須です 有 ・ 無 ・ 請求中 受給病名	第三者行為によるものですか（※） （いずれかに〇をして下さい）注：必須です いいえ ・ はい （※）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　　） 〇〇〇〇〇 銀行 信用金庫 信用組合 農協	支店名	（支店番号　　） 〇〇〇〇〇 本店 支店 出張所
預金種目	普通預金 ・ 当座預金	口座番号	1 2 3 4 5 6 7
口座名義（カタカナで記入）	ケ ン ホ ゜ タ ロ ウ		

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 氏名
代理人（口座名義人）	（〒　－　）　被保険者との関係（　　） 住所 電話 氏名

健保受付印

※この欄は代理人に委任する場合のみ使用

被保険者（請求者）ご自身でご記入ください

振込口座は正しくご記入ください

オートバックス 健康保険組合

健康保険傷病手当金請求書（第１回）　［医師 ・事業主 記入欄］　2/2

療養を担当した医師が意見を記入する欄

傷病名	狭心症
発病又は傷病の年月日	令和〇 年 4 月 5 日
療養の給付を開始した年月日	令和〇 年 4 月 5 日
発病又は負傷の原因	〇〇〇〇〇〇〇〇
労務不能と認めた期間 ＜注意＞将来の日付は記入しないで下さい	〇 年 4 月 5 日から 〇 年 5 月 31 日まで 57 日間
傷病の主状態および経過概要	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
入院した期間がある場合はその期間	〇 年 4 月 5 日から 〇 年 4 月 20 日まで 16 日間

上記のとおり相違ありません　　令和〇 年 〇〇 月 〇〇 日

住所（所在地）　〇〇〇〇〇〇１－２－３　　電話（ 〇〇〇 ）〇〇〇－〇〇〇〇

医療機関名　〇〇〇〇病院

医師　氏名　〇〇　〇〇

病院で記入をお願いしてください

事業主が証明する欄

労務に服さなかった期間	〇 年 4 月 5 日から 〇 年 5 月 31 日まで 57 日間

年　月	勤務状況　出勤は〇で、有給は△で、公休は公、欠勤は/で、記入してください	有給
令和〇 年 4 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	2 日
令和〇 年 5 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	0 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（　末 日締） 毎月　翌月２５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　　令和〇 年 〇〇 月 〇〇 日

事業所所在地　〒〇〇〇ー〇〇〇〇
〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇１－２－３

事業所名称　㈱〇〇〇〇〇〇〇〇

事業主氏名　〇〇〇　〇〇〇

本社記入

オートバックス 健康保険組合