

健康保険傷病手当金請求書（第7回） [被保険者 記入欄] 1/2

記号	番号		事業所の名称	(株)○○○○○○○○○			業務の種別
1 2 3	4 5 6 7 8			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		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）				
	健保 太郎		自 H R ○ 年 4 月 1 日	至 H R ○ 年 4 月 30 日		30	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 〇〇〇-〇〇 (〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇) 東京都〇〇区〇〇〇-〇〇		生年月日				
			電話 〇〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇	S H 1 2 3	年 月 日		
傷病名	胃がん			発病（負傷） 年月日	H R ○ 年 4 月 1 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	健康診断にて発覚。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	年 月 日 から 年 月 日 まで					報酬月額 円	円
障害（厚生）年金 障害手当金 受給の有無	必須（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（※） 受給病名 脳出血後遺症	必須（いずれかに○をして下さい） いいえ ・はい	労働者災害補償保険の休業（補償）等給付の受給有無（※）		必須（いずれかに○をして下さい） 有 ・ 無 ・請求中	
	(※) 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					受給病名	
障害（厚生）年金受給有の場合	○年 ○月から受給	基礎年金番号	1234 - 56780		障害（厚生）年金額（年額）	1,000,000 円	
<資格喪失した方>必須 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）	※通知書の写し添付必須	
介護保険サービスを受けた場合	必須（資格喪失した方は必ず）	被保険者番号			保険者名称		
金融機関の名称	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 出張所	支店
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)	ケンポ タロウ						

健康保険傷病手当金請求書（第7回） [医師・事業主 記入欄]

退職者用

病院で記入をお願いしてください

資格喪失の場合は記入不要です

事業 主 が 証 明 す る 欄	労務に 服さなかつた期間	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□、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(末日締)	
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					