

【お知らせ】傷病手当金請求書が新しくなりました。お手数おかけしますが同封の用紙をコピーしてご活用ください（従来の用紙でも代用は可能ですが順次変更をお願い致します。オートバックス健康保険組合ホームページからもプリント可能です）

健康保険傷病手当金請求書（第7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	(株)○○○○○○○○○ 注：店舗名ではなく本社を記入	業務の種別  販売員						
	1	2	3	4	5	6	7	8									
	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							H 自	○	年	4	月	1	日	30 日間
										H 至	○	年	4	月	30	日	
	被保険者 (請求者)の 住所		(フリガナ) トウキョウト○○ク ○○○-○○ (〒 ○○○ - ○○○○) 東京都 ○○区 ○○○-○○ 電話 ○○○ - ○○○○ - ○○○○							生年月日 S 年 月 日 H 1 2 3							
	傷病名		胃がん							発病（負傷） 年月日		H ○	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					
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（※）		必須（いずれかに○をして下さい） 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		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		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 ※通知書の写し添付必須							
<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									

振 込 金 融 機 関 の 欄	金融機関の名称		○○○○○ 銀行 信用金庫 信用組合 農協		支店名		○○○○○ 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					

在職時の業務を  
ご記入ください

被  
保  
険  
者  
（  
請  
求  
者  
）  
ご  
自  
身  
で  
ご  
記  
入  
く  
だ  
さ  
い

(※) 労働者災害とは、  
業務上の事由又は通勤  
による傷病をいいます

振  
込  
口  
座  
は  
正  
し  
く  
ご  
記  
入  
く  
だ  
さ  
い

健保受付印

る代  
場理※  
合人こ  
のにの  
み委欄  
使任は  
用す

健康保険傷病手当金請求書（第7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	胃がん													
	発病又は傷病の年月日	令和○	年	4	月	1	日								
	療養の給付を 開始した年月日	令和○	年	4	月	1	日								
	発病又は負傷の原因	○○○○○○○○○													
	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	○	年	4	月	1	日から	○	年	4	月	30	日まで	30	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	4	月	5	日から	○	年	4	月	30	日まで	26	日間

上記のとおり相違ありません														令和○	年	○○	月	○○	日
住所（所在地）		○○○○○○1-2-3										電話（○○○）○○○-○○○○							
医療機関名		○○○○病院																	
医師 氏名		○○ ○○																	

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（ 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													

事業所所在地	
事業所名称	
事業主氏名	