

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 R	年 月 日	日間	
	被保険者(請求者)の住所		至 H R	年 月 日		
		(フリガナ) (〒 -)	電話	- -	生年月日 年 月 日 S H	
	傷病名				発病（負傷） 年月日 H 年 月 日 R	
					発病（負傷） 年月日 H 年 月 日 R	
	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 受給病名	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 (※) 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（※）	（いずれかに○をして下さい） 有・無 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		障害（厚生） 年金額（年額）	※通知書の写し添付必須	
<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）	※通知書の写し添付必須	
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	(銀行番号)					(支店番号)
	金融機関の名称	銀行 信用金庫 信用組合 農協	支店名	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	健保受付印
	氏名					
代理人 (口座名義人)	(〒 -)	被保険者との関係	()			
	住所					
	電話					
	氏名					

健康保険傷病手当金請求書（第 回） [医師・事業主記入欄]

2/2

患者氏名									
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 <注意>将来の日付は記入しないで下さい	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									