

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					業務の種類別		
	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	日間	
							R						
	至					H	年	月	日	R			
	被保険者 (請求者) の 住所	(フリガナ)					生年月日						
		(〒 - )											
	電話					-	-	S	年	月	日	H	
	傷病名						発病 (負傷)	H	年	月	日	R	
年月日							R						
発病 (負傷)					H	年	月	日	R				
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											報酬月額		
年 月 日 から 年 月 日 まで 円											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)					第三者行為に よるもの ですか (※)	(いずれかに○をして下さい)			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 ・ 請求中						いいえ ・ はい				有 ・ 無		
受給病名					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		基礎年金番号		年金額 (年額)		※通知書の写し添付必須		
年 月 から受給													
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										
		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

