

健康保険傷病手当金請求書（第一回） [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	至	H R	年	月	日	日間	
	被保険者（請求者）の住所	(〒 -)							生年月日				
						電話	-	-	S H	年	月	日	
	傷病名					発病（負傷）年月日			H R	年	月	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												
	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			
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					本店	支店	出張所	
	金融機関の名称	銀行 信用金庫 信用組合 農協				支店名							
	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

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 <small><注意>将来の日付は記入しないで下さい</small>	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） 医療機関名 医師 氏名	電話（　　）－					

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□、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	
	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（　　日締） 毎月　　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	年　月　日					
事業所所在地						
事業所名称						
事業主氏名						