

健康保険 傷病手当金 請求書 (第 回)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	①被保険者証 の記号・番号	記号： 番号：	②被保険者の氏名			
	③被保険者の住所	〒 -				
	④日中連絡の取れる電話番号	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 携帯			-	-
	⑤被保険者の勤務する又は勤務していた会社名					
	⑥傷病名				⑦発病または負傷の年月日	年 月 日
	⑧発病の状態または負傷の原因					
	⑨傷病の療養をする ために休んだ期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで		( ) 日間		
	⑩上の⑨に書いた期間に対 する報酬はありますか？	基本給は	<input type="checkbox"/> 全部受けられる <input type="checkbox"/> 一部受けられる <input type="checkbox"/> 受けられない			
		諸手当は	<input type="checkbox"/> 全部受けられる <input type="checkbox"/> 一部受けられる <input type="checkbox"/> 受けられない			
	⑪交通事故など、第三者の行為によって負傷したものですか？					<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
「はい」と答えた場合はその事実を当健保に届出ていますか？					<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
⑫老人保健法の医療を受けた とき	市町村番号	受給者番号	発行期間名			
⑬介護保険法サービスを受けた とき	市町村番号	受給者番号	発行期間名			
⑭この請求の傷病に対し「傷害年金」または「障害手当金」を受けていますか？					<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
受けているとき年金の種類		年金日額	年金を受けることになった年月日	障害年金証書の記号番号		
<input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 障害手当金		( ) 円	年 月 日	( )		
任意継続被 保険者また は資格喪失 者の方が記 入する。	⑮老齢または退職を事由とする公的年金を受給していますか？			<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> はい		
	年金コードまたは記号番号もしくは番号			年金額		
				円		
⑯振込希望口座	銀行	銀行 支店	普通 当座	店番 口座番号	フリガナ 名義人氏名	
振込先を、代理人にする はい ・ いいえ (「はい」の場合は ⑰委任状の欄を記入)						
口座名義の区分 1. 被保険者 2. 代理人						
⑰委任状	私は、上記のとおり請求した傷病手当金及び同付加金の受領方を下記代理人に委任します。 令和 年 月 日 被保険者氏名： _____ 住所は③の住所と同じ					
⑰-1 代理人	住所： 氏名： 電話番号： ( )					

[注意事項]

1. 印鑑は認印可。シャチハタ・日付印は不可です。
2. 訂正した場合は、必ず訂正印を押してください。
3. 提出された請求書については、返却・写しの送付等は一切致しません。(書類不備の場合を除く)

受 付 日

事業主が記入するところ	⑱ 被保険者証の記号・番号	記号： 番号：	⑲被保険者の氏名		
	⑳ 労務に服さなかった期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	( ) 日間		
	上の期間中について【 出勤：○、公休：／、休（有給）：△、休（無給）：× 】でそれぞれ表示してください。				
	令和 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			
	令和 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			
	令和 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			
	令和 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			
	令和 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			
	I) 上の期間中の分として報酬を全額または一部支給した場合（支給する場合）	全額／一部	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで ( ) 円	( ) 円	日 額 ( ) 円
		全額／一部	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで ( ) 円	( ) 円	日 額 ( ) 円
全額／一部		令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで ( ) 円	( ) 円	日 額 ( ) 円	
全額／一部		令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで ( ) 円	( ) 円	日 額 ( ) 円	
全額／一部		令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで ( ) 円	( ) 円	日 額 ( ) 円	
II) 報酬を支給しない場合その旨					
上記のとおり相違ないことを証明します。				令和 年 月 日	
住所： 事業主 氏名： 電話番号： ( )					

〔担当者の方へ〕

- 訂正をした場合は、必ず訂正印（事業主印）を押してください。
- I) 欄 給与締めごとの証明し、出勤した日に対する報酬は差し引いて、休業中の報酬を証明してください。

療養を担当した医師が意見を書くところ	III) 患者の氏名		IV) 傷病名		
	V) 発病又は負傷の原因				
	VI) 発病又は負傷の年月日	年 月 日	VII) 療養の給付を開始した年月日	年 月 日	
	VIII) 労務不能と認められた期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで ( ) 日間	IX) 左の期間中の診療実日数	( ) 日間	
	X) 傷病の主状態及び経過状況（労務不能と認められた理由を詳しく記入してください）				
	上記のとおり相違ありません。				令和 年 月 日
	医療機関の名称・所在地： 医師の氏名： 電話番号： ( )				
	〔医師の方へ〕				
	1. 訂正をした場合は、必ず訂正印を押してください。				
	2. VII) 欄は、初診日ではなく、その傷病について健康保険による療養を始めた日を記入してください。				