

健康保険傷病手当金請求書 (第 回目)

※1回目の請求の際は、別紙「同意書」を添付してください。
1回目の請求の際は、出勤簿・賃金台帳を必ず添付してください。(2回目以降も一部でも報酬の支給があれば添付してください。)

被保険者の注意事項

- 1. ②は、健康保険の被保険者証に書いてあります。⑤の昭平、⑥の⑨は、それぞれ該当する文字を○でかこんでください。
2. ①は、健康保険の初診日ではなく、健康保険による療養を始めた日を記入するものです。
3. ③の欄は、手術した場合は手術の名称と手術年月日を、また結核性の疾病については検療成績・安静度・赤沈値、理学的所見などを記入してください。
4. ④は、手付した場合は、氏名のわきに押した印と同じ印を○から④までの訂正箇所には④の印を訂正印として押してください。
5. ⑤は、外傷性疾患については、負傷原因の合致を記入してください。
6. ⑥は、業種・職名・氏名を明記した翻訳文を添付してください。
7. ⑦は、ハッキリと押し、印もれのないようにしてください。
8. ⑧は、ハッキリと押し、印もれのないようにしてください。
9. ⑨は、ハッキリと押し、印もれのないようにしてください。
10. ⑩は、ハッキリと押し、印もれのないようにしてください。
11. ⑪は、ハッキリと押し、印もれのないようにしてください。
12. ⑫は、ハッキリと押し、印もれのないようにしてください。
13. ⑬は、ハッキリと押し、印もれのないようにしてください。
14. ⑭は、ハッキリと押し、印もれのないようにしてください。
15. ⑮は、ハッキリと押し、印もれのないようにしてください。
16. ⑯は、ハッキリと押し、印もれのないようにしてください。
17. ⑰は、ハッキリと押し、印もれのないようにしてください。
18. ⑱は、ハッキリと押し、印もれのないようにしてください。
19. ⑲は、ハッキリと押し、印もれのないようにしてください。
20. ⑳は、ハッキリと押し、印もれのないようにしてください。
21. ㉑は、ハッキリと押し、印もれのないようにしてください。
22. ㉒は、ハッキリと押し、印もれのないようにしてください。
23. ㉓は、ハッキリと押し、印もれのないようにしてください。
24. ㉔は、ハッキリと押し、印もれのないようにしてください。
25. ㉕は、ハッキリと押し、印もれのないようにしてください。
26. ㉖は、ハッキリと押し、印もれのないようにしてください。
27. ㉗は、ハッキリと押し、印もれのないようにしてください。
28. ㉘は、ハッキリと押し、印もれのないようにしてください。
29. ㉙は、ハッキリと押し、印もれのないようにしてください。
30. ㉚は、ハッキリと押し、印もれのないようにしてください。
31. ㉛は、ハッキリと押し、印もれのないようにしてください。
32. ㉜は、ハッキリと押し、印もれのないようにしてください。
33. ㉝は、ハッキリと押し、印もれのないようにしてください。
34. ㉞は、ハッキリと押し、印もれのないようにしてください。
35. ㉟は、ハッキリと押し、印もれのないようにしてください。
36. ㊱は、ハッキリと押し、印もれのないようにしてください。
37. ㊲は、ハッキリと押し、印もれのないようにしてください。
38. ㊳は、ハッキリと押し、印もれのないようにしてください。
39. ㊴は、ハッキリと押し、印もれのないようにしてください。
40. ㊵は、ハッキリと押し、印もれのないようにしてください。
41. ㊶は、ハッキリと押し、印もれのないようにしてください。
42. ㊷は、ハッキリと押し、印もれのないようにしてください。
43. ㊸は、ハッキリと押し、印もれのないようにしてください。
44. ㊹は、ハッキリと押し、印もれのないようにしてください。
45. ㊺は、ハッキリと押し、印もれのないようにしてください。
46. ㊻は、ハッキリと押し、印もれのないようにしてください。
47. ㊼は、ハッキリと押し、印もれのないようにしてください。
48. ㊽は、ハッキリと押し、印もれのないようにしてください。
49. ㊾は、ハッキリと押し、印もれのないようにしてください。
50. ㊿は、ハッキリと押し、印もれのないようにしてください。

被保険者記入するところ
② 被保険者等 記号 番号
③ 被保険者 氏名 (フリガナ)
④ 被保険者の住所
⑤ 生年月日 昭平 年 月 日
⑥ 事業所の名称
⑦ 発病または負傷年月日 年 月 日
⑧ 第三者行為該当の有無
⑨ 傷病名
⑩ 発病の状態 又は負傷の原因を詳しく
⑪ 療養をするために休んだ期間
⑫ うえの⑩に書いた期間の部分の報酬を受けましたか
⑬ 報酬の支払いを受けた(受けられる)ときは
⑭ 障害年金等 受給状況
⑮ 任意継続被保険者 又は資格喪失者が 記入するところ
⑰ 私は、今回の傷病手当金請求期間中、障害年金、老齢厚生年金等(在職老齢年金を除く)および雇用保険を受給していないこと
を誓約します。今後受給する場合は、傷病手当金を返金することを約束します。

事業主が証明するところ
㉑ 労務に服さな かった期間
㉒ 全部支給 した場合
㉓ 一部支給 (交通費等 の手当) した場合
㉔ 現在までにもまた将来も支給しない場合は、その旨
㉕ うえのとおり相違ないことを証明します。
事業所名
事業所所在地
事業主名
電話

- 1. ㉑は、給与の締日と支払日(当月もしくは翌月のどちらかを○でかこむ)を記入し、給与体系を○でかこんでください。
2. ㉒の「全部支給」「一部支給」とは、1日当りの賃金の全部または一部の意味です。㉓の○の欄は、「現在までにも、また将来も支給しない」と記入してください。
3. 被保険者の資格を喪失した後の期間にかかる請求であるときは、事業主の証明は必要ありません。
4. 訂正したところは、氏名のわきに押した印と同じ印(㉑から㉕までの訂正箇所には㉑の印)を訂正印として押してください。
5. 印はハッキリと押し、印もれのないようにしてください。
6. ㉑、㉒、㉓、㉔の期間の計算は、両端を入れて間違なく計算してください。たとえば6月3日から6月9日まで、7日間となります。

事業主の注意事項

※医師の方へのお願い...㉑㉒㉓㉔㉕の欄については、不明な場合、後日確認させていただく場合もありますので予めご承知おきください。

療養を担当した医師が意見を書くところ
患者氏名
㉑ 傷病名
㉒ 発病または負傷の原因
㉓ 発病または負傷の年月日
㉔ 療養の給付 開始年月日
㉕ 労務不能と認めた期間
㉖ うえの㉕の期間中に 入院した期間がある 場合はその期間
㉗ 労務不能と認めた期間中における症状をできるだけ詳しくご記入ください。
㉘ 初診から現在までの治療内容・検査結果・療養指導等を中心に経過をできるだけ詳しくご記入ください。
㉙ 医学的に見て、 今後就労の可否
㉚ 症状は固定
㉛ 現在までにもまた将来も支給しない場合は、その旨
㉜ うえのとおり相違ありません。
医療機関所在地
医療機関名
医師の氏名
電話番号
社会保険労務士 の提出代行者印

医師の注意事項

- 1. ①、②、③の欄は、それぞれ該当する文字を○でかこんでください。
2. ④の欄は、初診日ではなく、健康保険による療養を始めた日を記入するものです。
3. ⑤の欄は、手術した場合は手術の名称と手術年月日を、また結核性の疾病については検療成績・安静度・赤沈値、理学的所見などを記入してください。
4. ⑥は、手付した場合は、氏名のわきに押した印と同じ印を○から⑥までの訂正箇所には⑥の印を訂正印として押してください。
5. ⑦は、ハッキリと押し、印もれのないようにしてください。
6. ⑧は、ハッキリと押し、印もれのないようにしてください。
7. ⑨は、ハッキリと押し、印もれのないようにしてください。
8. ⑩は、ハッキリと押し、印もれのないようにしてください。
9. ⑪は、ハッキリと押し、印もれのないようにしてください。
10. ⑫は、ハッキリと押し、印もれのないようにしてください。
11. ⑬は、ハッキリと押し、印もれのないようにしてください。
12. ⑭は、ハッキリと押し、印もれのないようにしてください。
13. ⑮は、ハッキリと押し、印もれのないようにしてください。
14. ⑯は、ハッキリと押し、印もれのないようにしてください。
15. ⑰は、ハッキリと押し、印もれのないようにしてください。
16. ⑱は、ハッキリと押し、印もれのないようにしてください。
17. ⑲は、ハッキリと押し、印もれのないようにしてください。
18. ⑳は、ハッキリと押し、印もれのないようにしてください。
19. ㉑は、ハッキリと押し、印もれのないようにしてください。
20. ㉒は、ハッキリと押し、印もれのないようにしてください。
21. ㉓は、ハッキリと押し、印もれのないようにしてください。
22. ㉔は、ハッキリと押し、印もれのないようにしてください。
23. ㉕は、ハッキリと押し、印もれのないようにしてください。
24. ㉖は、ハッキリと押し、印もれのないようにしてください。
25. ㉗は、ハッキリと押し、印もれのないようにしてください。
26. ㉘は、ハッキリと押し、印もれのないようにしてください。
27. ㉙は、ハッキリと押し、印もれのないようにしてください。
28. ㉚は、ハッキリと押し、印もれのないようにしてください。
29. ㉛は、ハッキリと押し、印もれのないようにしてください。
30. ㉜は、ハッキリと押し、印もれのないようにしてください。
31. ㉝は、ハッキリと押し、印もれのないようにしてください。
32. ㉞は、ハッキリと押し、印もれのないようにしてください。
33. ㉟は、ハッキリと押し、印もれのないようにしてください。
34. ㊱は、ハッキリと押し、印もれのないようにしてください。
35. ㊲は、ハッキリと押し、印もれのないようにしてください。
36. ㊳は、ハッキリと押し、印もれのないようにしてください。
37. ㊴は、ハッキリと押し、印もれのないようにしてください。
38. ㊵は、ハッキリと押し、印もれのないようにしてください。
39. ㊶は、ハッキリと押し、印もれのないようにしてください。
40. ㊷は、ハッキリと押し、印もれのないようにしてください。
41. ㊸は、ハッキリと押し、印もれのないようにしてください。
42. ㊹は、ハッキリと押し、印もれのないようにしてください。
43. ㊺は、ハッキリと押し、印もれのないようにしてください。
44. ㊻は、ハッキリと押し、印もれのないようにしてください。
45. ㊼は、ハッキリと押し、印もれのないようにしてください。
46. ㊽は、ハッキリと押し、印もれのないようにしてください。
47. ㊾は、ハッキリと押し、印もれのないようにしてください。
48. ㊿は、ハッキリと押し、印もれのないようにしてください。

※医療機関の印は、医師の氏名と、印もれのないようにしてください。