

健康保険傷病手当金請求書 (第 ① 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かれており、⑤の昭平、⑧の昭和、⑩の〇を付けた方は、年金給付の年金証書又はこれに準ずる書類の写し及びその額及びその支給開始年月を証明する書類(年金額改定通知書等)を添付してください。
2. ④の欄は、日時(いつ、何時頃、何時頃)を具体的に記入してください。
3. ④の欄は、⑤の欄で「請求中に〇を付けた方は、年金給付の年金証書又はこれに準ずる書類の写し及びその額及びその支給開始年月を証明する書類(年金額改定通知書等)を添付してください。」
4. ⑥の欄は、⑦の欄で「請求中に〇を付けた方は、老齢退職年金給付の年金証書又はこれに準ずる書類に記載されている年金コード又は記号番号若しくは番号を記入してください。」
5. ⑥の欄は、⑦の欄で「請求中に〇を付けた方は、老齢退職年金給付の年金証書又はこれに準ずる書類に記載されている年金コード又は記号番号若しくは番号を記入してください。」
6. ⑥の欄は、⑦の欄で「請求中に〇を付けた方は、老齢退職年金給付の年金証書又はこれに準ずる書類に記載されている年金コード又は記号番号若しくは番号を記入してください。」
7. ⑥の欄は、⑦の欄で「請求中に〇を付けた方は、老齢退職年金給付の年金証書又はこれに準ずる書類に記載されている年金コード又は記号番号若しくは番号を記入してください。」
8. ⑥の欄は、⑦の欄で「請求中に〇を付けた方は、老齢退職年金給付の年金証書又はこれに準ずる書類に記載されている年金コード又は記号番号若しくは番号を記入してください。」
9. ⑥の欄は、⑦の欄で「請求中に〇を付けた方は、老齢退職年金給付の年金証書又はこれに準ずる書類に記載されている年金コード又は記号番号若しくは番号を記入してください。」
10. ⑥の欄は、⑦の欄で「請求中に〇を付けた方は、老齢退職年金給付の年金証書又はこれに準ずる書類に記載されている年金コード又は記号番号若しくは番号を記入してください。」
11. ⑥の欄は、⑦の欄で「請求中に〇を付けた方は、老齢退職年金給付の年金証書又はこれに準ずる書類に記載されている年金コード又は記号番号若しくは番号を記入してください。」
12. ⑥の欄は、⑦の欄で「請求中に〇を付けた方は、老齢退職年金給付の年金証書又はこれに準ずる書類に記載されている年金コード又は記号番号若しくは番号を記入してください。」
13. ⑥の欄は、⑦の欄で「請求中に〇を付けた方は、老齢退職年金給付の年金証書又はこれに準ずる書類に記載されている年金コード又は記号番号若しくは番号を記入してください。」
14. ⑥の欄は、⑦の欄で「請求中に〇を付けた方は、老齢退職年金給付の年金証書又はこれに準ずる書類に記載されている年金コード又は記号番号若しくは番号を記入してください。」
15. ⑥の欄は、⑦の欄で「請求中に〇を付けた方は、老齢退職年金給付の年金証書又はこれに準ずる書類に記載されている年金コード又は記号番号若しくは番号を記入してください。」
16. ⑥の欄は、⑦の欄で「請求中に〇を付けた方は、老齢退職年金給付の年金証書又はこれに準ずる書類に記載されている年金コード又は記号番号若しくは番号を記入してください。」
17. ⑥の欄は、⑦の欄で「請求中に〇を付けた方は、老齢退職年金給付の年金証書又はこれに準ずる書類に記載されている年金コード又は記号番号若しくは番号を記入してください。」
18. ⑥の欄は、⑦の欄で「請求中に〇を付けた方は、老齢退職年金給付の年金証書又はこれに準ずる書類に記載されている年金コード又は記号番号若しくは番号を記入してください。」
19. ⑥の欄は、⑦の欄で「請求中に〇を付けた方は、老齢退職年金給付の年金証書又はこれに準ずる書類に記載されている年金コード又は記号番号若しくは番号を記入してください。」
20. ⑥の欄は、⑦の欄で「請求中に〇を付けた方は、老齢退職年金給付の年金証書又はこれに準ずる書類に記載されている年金コード又は記号番号若しくは番号を記入してください。」

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	② 被保険者等 記号・番号	記号 番号	③ 被保険者 氏名	(フリガナ)	(印)					
	④ 被保険者の住所									
	⑤ 生年月日					⑥ 事業所 の名称				
	⑦ 発病または負傷年月日					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⑪に書いた期間の部分の報酬を受けましたか、又は受けられますか									
	⑬ 報酬の支払いを受けた(受けられる)ときは その報酬の額と、その報酬支払の基礎となった(なる)期間									
	⑭ 障害年金等 受給状況									
	⑮ 任意継続被保険者 または 資格喪失者が 記入するところ									
⑯ 私、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。 ※自ら署名した場合も必ず押印ください										
年 月 日 被保険者氏名 (印)										

事 業 主 が 証 明 す る と こ ろ	① 労務に服さな かった期間	年 月 日から	の 日間	② 給与の締日 及び支払日 給与体系	締日	支 当月 日 翌月	日 日	月 日	日 日	時 分	
	③ うえの 期間中 の分と して支 払い報 酬関係	④ 全部支給 した場合	年 月 日から	の 日間	円	年 月 日	円	年 月 日	円	年 月 日	円
		⑤ 一部支給 (交通費等 の手当) した場合	年 月 日から	の 日間	円	年 月 日	円	年 月 日	円	年 月 日	円
		⑥ 現在までもまた将来も支給しない場合は、その旨									

⑦ うえのとおり相違ないことを証明します。	年 月 日									
事業所名	(印)									
事業所所在地										
事業主名										
電 話										

事業主の 注意事項

1. ①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○でかこむください。
2. ③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。③の④の欄は、「現在までも、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(③から⑥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. 印はハッキリと押し、印もれないようにしてください。
6. ①、②、③、④の期間の計算は、両端を入れて間違いない計算してください。たとえば6月3日から6月9日までは、7日間となります。

税務会計監査事務所健康保険組合

※医師の方へのお願い...㉓ ㉔ ㉕ 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。

医師の
注意事項

1、㉑、㉒、㉓、㉔、㉕は、それぞれ該当する文字を○でかこんでください。
2、㉖の欄は、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するものです。
3、㉗の欄は、手術した場合は手術した年月日、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、訂正したところは、氏名のわきに押し印（㉘）から㉙までの訂正箇所には㉚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および㉒の期間の計算は、両端を入れて間違いない計算してください。たとえば6月3日から6月9日まででは、7日間となります。

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	※労務不能と認めた傷病名のみ記入してください。																	
	㉒ 発病または負傷の原因																		
	㉓ 発病または負傷の年月日	年	月	日															
	㉔ 療養の給付開始年月日	年	月	日															
	㉕ 労務不能と認めた期間	年	月	日から	日間	㉖ 左の期間中の診療実日数						日間							
		年	月	日まで															
	㉗ 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	年	月	日から	日間	㉘ 入院の費用の別						健保・公費 自費・その他							
		年	月	日まで															
	㉙ うえの労務不能と認めた期間(㉕)の前後の診療について、入院及び通院日を○印で囲んでください。	年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11					
(診療実日数 日)																			
		12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29
年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11							
(診療実日数 日)																			
	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11							
(診療実日数 日)																			
	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
㉚ 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。 なお、申請が2回目以降の場合は前回証明時に労務不能と認めた期間との症状の差を中心にできるだけ詳しくご記入ください。																			
㉛ 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。																			
㉜	㉜ 医学的に見て、今後就労の可否	可能	・	不能	㉜ 可能な時期	令和	年	月	頃										
					㉜ 不能な理由														
	㉜ 症状は固定	している	・	していない	㉜ 症状固定年月日	令和	年	月	日										
				㉜ 今後の療養見込期間	令和	年	月	頃	まで										
㉝ 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 ()																			

※医療機関の印と、医師の印は、ともに必要のない

社会保険労務士の提出代行者印	印
----------------	---