

健康保険傷病手当金請求書

①被保険者記入用 (1/3)

被保険者 注意事項

4. 3. 2. 1.

交通事故などで他人に負傷させられたときは「傷病原因届」を添付してください。
被保険者が死亡したことにより遺産相続人が請求するときは、「戸籍に関する証明書」
おおよび「権利継承届」を添付してください。
⑩欄と⑪欄は、該当の文字を○で囲んでください。
勤務中(業務上)および通勤途中の負傷等のときは、支給されません。

7. 6. 5. ご記入いただいた内容を訂正する場合は訂正箇所を二重線および訂正印(本人印)で抹消し、
正しい内容をご記入ください。
被保険者本人以外の人の口座に振り込みを希望される場合は、委任状欄に記入が必要となります。
退職後、継続して傷病手当金を請求される方で年金受給が可能な方については、その年金受給額が
記載されているものの写しを添付してください。

被 保 険 者 が 記 入 す る こ ろ	① 被保険者証 の記号番号	記 号 番 号	〇〇〇〇 △△△	② 被 保 険 者 氏 名	健 保 太 郎			
	③ 被保険者が事 業所でしている仕事	看 護 師			生年月日	昭・平 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日		
	資格取得日	昭和 平成 令和 〇 年 〇〇 月 〇〇 日			※資格取得日から1年未満での傷病手当金請求 の場合は、健康保険加入履歴記入書の添付が必ず 必要になります。			
	④ 被 保 険 者 住 所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 さいたま市〇〇区〇〇町〇〇〇-〇〇 (電話 048 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇)						
	⑤ 発 病 又 は 負 傷 の 原 因 (注1参照)	傷病発生日時	平成 令和 5 年 5 月 5 日 (金 曜日) 午前 午後 3 時 30 分頃					
		発 生 の 場 所	さいたま 市 さいたま区 一 町 〇〇〇〇					
		発 生 原 因	※負傷の場合は、どこへ何をしに行き、そのとき何をしていた、どのように負傷したのかを詳しく記入してください。 自宅にて急な腹痛により、救急車で △△病院に運ばれた。					
	⑥ 病 気 又 は 負 傷 の 療 養 を する ため 休 んだ 期間 (請求期間)	令 和 5 年 5 月 5 日 から	⑦ 左の⑥の期間中 出勤した日があると きはその月日		月/ 日 月/ 日 月/ 日 [計] 日]			
		令 和 5 年 5 月 11 日 まで	⑧ 左の⑥の期間中 有給休暇を取った日 あるときはその月日と金額		月/ 日 月/ 日 [計] 日] [金額] 円]			
	⑨ 賃金の支給を 受けた(受けら れる)ときは そ の 内 訳	全額支給を受けた (受けられる)とき	月 日から 月 日まで	の分として	円	月 日から 月 日まで	の分として	円
		一部支給を受けた (受けられる)とき	月 日から 月 日まで	の分として	円	月 日から 月 日まで	の分として	円
	⑩ 障害年金の支給を	受けている ・ 受けていない		障害年金額	円	受給開始年月	年 月	傷病名
⑪ 老齢給付(年金)の支給を	受けている ・ 受けていない		老齢給付(年金)額	円	受給開始年月	年 月		
委 任 状	本請求に基づく給付金に関する権限を代理人に委任します。 令和 年 月 日 被保険者(請求者)住 所 氏 名 (受領を委任する ときのみ記入) 代 理 人 住 所 氏 名							
公 金 受 取 口 座	☒ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。 〔 利用する場合は ☒ 。 ←利用する場合は、情報連携にて口座情報確認後の入金となります。 利用しない場合は下記「⑫振込口座欄」を記入してください。 〕							
⑫ 振 込 口 座 欄	振込の銀行名	銀 行 信用金庫			支店	令和 5 年 6 月 〇 日 提出		
	口 座 番 号	普通 ・ 当座					受 付	
	フ リ ガ ナ							
	名 義 人 氏 名							

健康保険傷病手当金請求書

②事業主記入用 (2/3)

被保険者証の 記号-番号		〇〇〇〇 - △△△										被保険者氏名		健保 太郎																				
傷病のため 休んだ期間		自 令和 5 年 5 月 5 日 至 令和 5 年 5 月 11 日 計 7 日										※⑬出勤状況および⑭賃金支給状況は、 左記期間をすべて含めた賃金計算期間を 締め日単位で記入してください。																						
事業主 が記入するところ	⑬ 出勤状況	4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	
			休	休	○	○	○	○	○	休	休	○	○	○	○	○	休	休	○	○	○	○	○	休	休	○	○	○	○	○	休	休		
		5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	
			○	○	休	休	休	休	×	×	×	×	×	○	休	休	○	○	○	○	○	休	休	○	○	○	○	休	休	○	○	○	○	
		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	
		記載方法	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
		出勤○ 欠勤×	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
早退(○) 休日(休)	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		
賃金の形態及び算出基礎		月給・日給・日給月給・時給)										金額 226,300 円																						
⑭ うえの期間の賃金支給状況	区分	月分及び 賃金計算 期間	満額支給 単価		5 年 5 月分		5 年 6 月分		年 月分		年 月分		年 月分																					
			給与締め日 当月 20 日	締め日 翌月 1 日	4 月 1 日から 4 月 31 日まで	5 月 1 日から 5 月 31 日まで	月 日から 月 日まで	月 日から 月 日まで	月 日から 月 日まで																									
	基本給	200,000 円	200,000 円	200,000 円		円		円																										
	調整手当	20,000 円	20,000 円	20,000 円		円		円																										
	残業手当		15,000 円	10,000 円		円		円																										
	当直手当		56,000 円	28,000 円		円		円																										
	通勤手当	6,300 円	6,300 円	6,300 円		円		円																										
						円		円																										
						円		円																										
	欠勤控除			52,380 円		円		円																										
合計	226,300 円	297,300 円	211,920 円		円		円																											
欠勤控除の 計算法		※時給計算の場合は、勤務時間のわかる書類の添付が必要です。(タイムカードの写しなど) 基本給・調整手当につきましては、所定労働日数により 1 日単価を算出し、 控除します。 (200,000+20,000)÷21 日=10,476 円/日 (小数点以下切り捨て) 10,476×5 日(欠勤日数)=52,380																																
備考		通勤手当は満額支給																																
出勤簿及び賃金台帳との照合確認の結果、うえのとおり相違ないことを証明します。 令和 5 年 6 月 〇 日 事業主名称 (医)〇〇病院 所在地 さいたま市〇〇区〇-〇-〇 事業主名 理事長 〇〇 〇〇〇 (電話 048 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇)																																		

事業主
注意事項

3. 内容
を訂正
する場
合は訂
正箇所
を二重
線およ
び訂正
印(事業
主印)で
抹消し、
正しい
内容を
ご記入
ください。

2. ⑬
欄、⑭
欄は、
出勤簿、
賃金台帳
から転記
し、⑥
請求期間
を含む賃
金計算期
間の開始
日から締
日までを
記入して
ください。

1. ⑬
欄につ
いて、労
務に服さ
なかつた
期間に対
して将来
支給する
もの(家
族、役付
、通勤、
住宅手
当などの
固定給
与)は、支
払日が

健康保険傷病手当金請求書

③療養担当者記入用 (3/3)

療養担当者
注意事項

1. ⑮「労務不能と認めた期間」欄は、被保険者が休んだ期間と関係なく独自の立場で臨床上労務不能と認められる期間をご記入ください。

2. ⑯欄がゼロ日の場合は、⑰欄にその理由を必ずご記入ください。

3. 内容を訂正する場合は訂正箇所を二重線および訂正印（証明者印）で抹消し、正しい内容をご記入ください。

療養担当者記入するところ	患者氏名		健保太郎			
	傷病名	(1)	急性胃腸炎	療養の給付 開始年月日	(1)	平成 令和 5 年 5 月 5 日
		(2)			(2)	平成・令和 年 月 日
		(3)			(3)	平成・令和 年 月 日
		(4)			(4)	平成・令和 年 月 日
	発病又は 負傷の原因		ウイルスや細菌などの病原体が胃腸に感染したため			
	⑮ 労務不能と 認めた期間	令和 5 年 5 月 5 日から 7 日間		⑯ 左の⑮の期間中の 診療実日数	5 日	
		令和 5 年 5 月 11 日まで		⑰ 左の⑮の期間中の 診療最終日	5 月 9 日	
	入院の場合は その期間	令和 5 年 5 月 5 日から 令和 5 年 5 月 11 日まで		入院費用の別 (あてはまるものに○をつけてください) 健康保険 ・ 自費 ・ 公費負担		
	⑱ 上記⑮「労務不能と認めた期間」中における傷病の主症状及び経過概要、その他参考意見(詳しく)					
上記傷病により、下痢(+)、脱水症状(+)があり、 点滴・抗生剤投与のため入院加療。						
人工透析を実施 または人工臓器 を装着したとき	人工透析を実施または人工臓器を装着した日		平成・令和 年 月 日			
	人工臓器等の種類 (あてはまるものに○をつけてください) 人工肛門 ・ 人工膀胱 ・ 人工関節 ・ 人工骨頭 ・ 心臓ペースメーカー ・ 人工透析 ・ その他 ()					
結核性の該否	□結核性 ・ □非結核性		※結核性のときは安静度 ()			
上記のとおり相違ありません。						
令和 □ 年 □ 月 □ 日						
医療機関の所在地		医療法人 △△病院				
医療機関名称		さいたま市〇〇〇区〇〇-〇				
医師の氏名		〇〇 〇〇〇				
(電話 048 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇)						