健康保険傷病手当金請求書

❶被保険者記入用（1/3）

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。

２．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」

および「権利継承届」を添付してください。

３．⑩欄と⑪欄は、該当の文字を○で囲んでください。

４．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。

被保険者

注意事項

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。

６．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。

７．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ところ | 被保険者記号番号 | 記 号 |  | 被保険者氏名 |  |
| 番 号 |  |
| 1. 被保険者が事

業所でしている仕事 |  |
| 生年月日 | 昭 ・ 平　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 資格取得日 | 昭和平成令和　　 | 　　　年　　　　月　　　　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。 |
| 被保険者住所 | **〒**　　　　　　－（電話　　　　　　　－　　　 　 　　－　　　　 　　　） |
| 1. 発病又は

負傷の原因（注１参照） | 傷病発生日時 | 平成・令和　　　　　年　　　　　月　　　　　日(　　　曜日)　 午前・午後　　　時　　　分頃 |
| 発生の場所 | 市郡　　　　　　　　町村 |
| 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て、どのように負傷したのかを詳しく記入してください。傷病原因１.仕事中以外の傷病(業務外)２.仕事中の傷病(業務上) ３.通勤途中での負傷 |
|  |
| 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　　　　年　　 　月　　 　日から日間令和　　　　年　　 　月　　 　日まで | 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] |
| 左の⑥の期間中有給休暇を取った日があるときはその月日と金額 | 　　 　月/　　　　　　　　 　　　　　　　日　 　　月/　　　　　　　　 　　　　　　　日[計 　　 　日]　[金額　　　 　　　　　円] |
| 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 |
|  | 障害年金の支給を　　受けている 　・ 　受けていない（あてはまる方に〇をつけてください） | 障害年金額円 | 受給開始年月　　　　年　　　 　　月 | 傷病名 |
|  | 老齢給付(年金)の支給を　　受けている 　・ 　受けていない（あてはまる方に〇をつけてください） | 老齢給付（年金）額円 | 受給開始年月　　　　年　　 　 　　月 |
| 委 任 状（受領を委任するときのみ記入） | 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　　 年　 　月　 　日提出 |
| 口座番号 | 普通 ・ 当座 |  |  |  |  |  |  |  | 受　　 　付 |
| フリガナ |  |  |
| 名義人氏名 |  |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　埼玉県医師会健康保険組合

 　　　　　 健康保険傷病手当金請求書

❷事業主記入用（2/3）

１．⑬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。

２．⑭欄について、労務に服さなかっ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

こなくても記入してください。なお、欠勤にかかわらず月額にて支給するものについては賃金の左上に○印をしてください。

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（事業主印）**で抹消し、正しい内容をご記入ください。

事業主

注意事項

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業主が記入するところ | 被保険者記号番号 | － | 被保険者氏名 | ※**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。 |
| 傷病のため休んだ期間 | 自 令和　　　年　　 　月　　 　日 至 令和　　　年　 　　月　　 　日 　計　　　　　日 |
| ⑬　出 勤 状 況 | 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 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 記載方法出勤○欠勤×有給早退休日 | 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 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ⑭　うえの期間の賃金支給状況 | 賃金の形態及び算出基礎 | ( 月給 ・ 日給 ・ 日給月給 ・ 時給　) | 金額　　 　　　　　　　　円 |
| 月分及び賃金計算区 分　 　　期間 | 満額支給単価 | 年　　 月分 | 年　 　月分 | 年　 　月分 | 年 　　月分 | 年 　　月分 |
| 給与締日 　　　　　日締め当月・翌月　　 　　日払い | 月　 日から月 　 日まで | の分 | 月　 日から月 　 日まで | の分 | 月　 日から月 　 日まで | の分 | 月　 日から月 　日まで | の分 | 月　 日から月 　日まで | の分 |
| 基本給 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 手当 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 手当 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 手当 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 手当 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 手当 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 手当 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 欠勤控除 |  | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 合計 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 欠勤控除の計算方法欠勤控除がある場合は、欠勤控除の計算方法を必ず記載してください。 | ※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） |
| 備考 |  |
| 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　　　　年　　　　月　　　　日事業所名称所在地事業主名(電話　　　　　－　　　　　－　　　　　　) |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　埼玉県医師会健康保険組合

 　　　　　 健康保険傷病手当金請求書

❸療養担当者記入用（3/3）

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、⑱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

注意事項

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 療 養 担 当 者 が 記 入 す る と こ ろ | 患者氏名 |  |
| 傷病名 | （１） | 療養の給付開始年月日※健康保険で診療が開始された日をご記入ください。 | （１）　平成 ・ 令和　　　　　　年　　　　　月　　　　　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 |  |
| ⑮労務不能と認めた期間 | 令和　　　　 　年　　 　　月　 　　日から日間令和　　　 　　年　　 　　月　 　　日まで | 1.

左の⑮の期間中の診療実日数 | 日 |
| 1.

左の⑮の期間中の診療最終日 | 月　　　　　　日 |
| 入院の場合はその期間 | 令和　　　　 　年　　 　　 月　 　　日から令和　　　　 　年　　 　 　月　 　　日まで | 入院費用の別（あてはまるものに〇をつけてください）健康保険 　・　 自費　 ・　 公費負担 |
| 1. 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）
 |
|

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

 |
| 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（あてはまるものに〇をつけてください）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機関名称医師の氏名 | （電話　　　　　　-　　　　　　　-　　　　　　　） |



　埼玉県医師会健康保険組合