

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.
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。

5. 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	① 被保険者証 の記号番号	記号 番号	② 被保険者 氏名		
	③ 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。	
	④ 被保険者 住所	〒 _____ (電話 _____)			
	⑤ 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た、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	<input type="checkbox"/> 1. 仕事以外の傷病(業務外) <input type="checkbox"/> 2. 仕事上の傷病(業務上) <input type="checkbox"/> 3. 通勤途中での負傷			
が 記	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	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	日
		令和 年 月 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	円
入 す	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
る と こ ろ	⑩ 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○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
	⑪ 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○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	<input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 。←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 受 付
		口座番号	普通・当座		
		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		—										被保険者氏名																				
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。																				
⑬ 出勤状況	1月	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	
	2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
	3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
	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
	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
	6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	出勤○ 欠勤×	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
	有給(有)	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(早)	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
	休日(休)	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	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×	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 円																				
区分	月分及び 賃金計算 期間	満額支給 単価		年 月分		年 月分		年 月分		年 月分		年 月分																				
		給与締め日 当月・翌月	日締め 日払い	月 日からの 月 日まで																												
基本給		円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円																				
手当		円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円																				
手当		円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円																				
手当		円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円																				
手当		円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円																				
手当		円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円																				
欠勤控除		円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円																				
合計		円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円																				
欠勤控除の 計算方法	※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)																															
備考	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。																															
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 - -)																																

事業主
注意事項

3. 2. 1.
内容
訂正
する
場合
は
訂
正
印
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。
⑬
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。
⑭
欄
に
つ
い
て
、
労
務
に
服
さ
な
か
つ
た
期
間
に
対
し
て
未
来
支
給
す
る
も
の
(**家族**、**役付**、**通勤**、**住宅手当**などの**固定給**)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。

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「労務不能と認められた期間」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. ⑩欄がゼロ日の場合は、⑩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						
	傷病名	(1)	療養の給付開始年月日		(1) 平成・令和	年 月 日	
		(2)			(2) 平成・令和	年 月 日	
		(3)	※健康保険で診療が開始された日をご記入ください。		(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 労務不能と認められた期間	令和	年	月	日から	日間	⑯ 左の⑮の期間中の診療実日数	日
	令和	年	月	日まで			⑰ 左の⑮の期間中の診療最終日
入院の場合はその期間	令和	年	月	日から	入院費用の別 (あてはまるものに○をつけてください)		
	令和	年	月	日まで	健康保険	・ 自費	・ 公費負担
⑱ 上記⑮「労務不能と認められた期間」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)							
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>							
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	<input type="checkbox"/> 結核性 ・ <input type="checkbox"/> 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 - -)							