

傷病手当金請求書

(第 回目)

被 保 者 が 記 入 す る 欄	被保険者証の 記号・番号			被保険者の 業務の種類												
	事業所の名称 及び所在地	名称			所在地	〒										
	資格を取得 した年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	標準報酬月額 000円										
	老人保健法の医 療を受けたとき	市町村 番号			受給者 番号	発行 機関名										
	介護保険のサ ービスを受けたとき	保険者 番号			被保険者 番号	保険者 名称										
	発病又は負傷 の年月日	令和	年	月	日	傷病名										
	発病又は 負傷の原因	第三者行為によるものですか いいえ・はい														
	労務に服すること ができなかった期間(※1)	令和	年	月	日	から	令和	年	月	日	まで	日間				
	上記期間の報酬の全部 又は一部を受けたとき、 又は受けること ができるときは、その 報酬額及び期間	令和	年	月	日	から	令和	年	月	日	まで	日間	受けた報酬額 円 受けることができる報酬額 円			
	障害年金、障害手当金 を受けているとき、又は 受けることができるとき	年金の種類	障害年金・障害手当金	年金額	年金の支給 事由となった 傷病名		年金を受け ている 場合 は基礎年金番号・ 年金コード	年金を受け ている 場合 は基礎年金番号・ 年金コード	平成 令和	年	月	日	障害年金を受けている 場合は基礎年金番号・ 年金コード			
任意 資格 継続 喪失 被 保 険 者 の 方	老齢又は退職を事由とする公的年金を受給していますか はい・請求中・いいえ					老齢(退職)年金の名称	基礎年金番号及び年金コード* 又は記号番号若しくは番号	受給年月日	年金額	平成 令和	年	月	日	円		
振込希望の銀行	銀行 支店 (普通 当座)					平成 令和	年	月	日	円	平成 令和	年	月	日	円	
上記のとおり請求します。												令和	年	月	日	
住所 〒												被保険者の 氏名				印

(※1) つづけて3日以上休んだ場合で、次の4日目から給付開始となります。はじめの3日間は待期といい、支給されません。
第2回目以降の請求については暦日で記入してください。(例：令和1年5月1日から令和1年5月31日まで)

事 業 主 証 明	労務に服さなかつた 期間	令和	年	月	日	から	令和	年	月	日	まで	日間				
	上記の 期間中 の分と して支 払う報 酬関係	全額支給した 場合、又は支 給する場合	令和	年	月	日	から	令和	年	月	日	まで	金 円 日 額 (金 円) の分として (月 日支払)			
		一部支給した 場合、又は支 給する場合	令和	年	月	日	から	令和	年	月	日	まで	金 円 日 額 (金 円) の分として (月 日支払)			
		現在までも 又、将来も支 給しない場合 は、その旨	現在までも又、将来も支給しない・その他 ()													
上記のとおり相違ないことを証明します。												令和	年	月	日	
住所 〒												事業主 氏名				印
電話番号 () 番																

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、事業主の証明を要しません。

療 養 を 担 当 し た 医 師 が 意 見 を 書 く と ころ	傷病名			発病又は負傷の原因												
	発病又は負傷 の年月日			療養の給付を開始した 年月日(※1)	令和	年	月	日								
	労務不能と 認められた期間	令和	年	月	日	から	令和	年	月	日	まで	日間	診療日数	日間		
	傷病の主症状 および経過 (※2)			上記の期間中に入院 をした期間がある 場合はその期間	令和	年	月	日	から	令和	年	月	日	まで	日間	
					入院の費用の別	健 保 ・ 公 費 自 費 ・ そ の 他										
	上記のとおり相違ありません。												令和	年	月	日
住所(所在地) 〒												医師 医療機関名				印
氏名												電話番号 () 番				

(※1) 初診日を記載するのではなく、その傷病について健康保険による療養を始めた日を記載して下さい。
(※2) なるべく詳しく記載して下さい。特に、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
検痰成績、安静度、赤沈値、理学的所見などを記載して下さい。

◆その他の注意事項◆
訂正したところは、各記載者の氏名のわきに押した印と同じ印を訂正印として押してください。

健 保 使 用 欄	支給対象期間 (令和 年 月 ~ 令和 年 月 まで)
	資格喪失後の給付：喪失年月日 (令和 年 月 日)

受付日付印