

健康保険組合			受付日	入力受付No	事業主健保所管箇所		
常務理事	事務長	担当者			長	長	担当者

保険者記入欄	支給額	円	標準報酬月額	千円	標準報酬日額	円
	支給期間	月 日から 日まで	資格取得日	昭平令 年 月 日	資格喪失日	昭平令 年 月 日
	計算式	×2/3=		開始年月日	年 月 日	満了予定日
<備考>						

傷病手当金請求書

①	年 月	②第 回目
被保険者番号	氏 名	
生年月日	昭・平 年 月 日生(満 歳)	現在の住所
③傷病名	⑤傷病の事由	(左記以外の事由)
④発病または負傷年月日	平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 通勤災害 <input type="checkbox"/> 業務上災害 <input type="checkbox"/> 交通事故等、第三者による行為 <input type="checkbox"/> 不詳
⑥労務に服し得なかった日「【】内の中で労務不能である日に○をつけてください」 ※労務不能日とは、休日を問わずご自身が労務し得る状態になかった日のことであり、休日＝労務不能日ではありません。記入にあたってはご注意ください。 【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】・【全日】 計()日間		
⑦【初回のみ記入】 上記③に記入した傷病名で、以前に他の健康保険組合から傷病手当金を受給したことがありますか？	ある・ない	【左記「ある」の場合】 受給元の健康保険組合
⑧上記⑥にて○をつけた期間の分の報酬(給与・通勤費等)を受けましたか？		受ける ・ 受けない
⑨現在、公的年金等を受給されていますか？		受給中 ・ 受給予定 ・ 受給していない
受給されている年金が有る(受給予定の有る)方は、下記から年金の種別を選択して下さい。別途、詳細を確認させて頂く事があります。		
⑩年金種別	a.障害基礎(厚生)年金 ・ b.障害手当金 ・ c.老齢基礎(厚生)年金	

《注意》
 上記に記載した内容について、後日、虚偽および誤記載であることが判明した場合、遡って支給した金額を選付請求させていただきます。記載誤りや記入漏れ等がないよう再度確認をしていただき、正しい申請をお願いいたします。

ご記入いただいた個人情報は、当該の利用目的以外には使用いたしません。
 また、健康保険法第59条、60条に準拠し、過去の給付履歴や記入内容によっては医師へ見解を求めることがありますのでご承知おき下さい。

※被保険者証番号に代えて個人番号により申請する場合は、下欄余白へ記載してください。(被保険者証番号記入の場合は不要です。)
 (個人番号を記載した場合は、個人番号、本人確認などをするための添付書類(個人番号記載住民票の写し、運転免許証の写し、事業主への委任状、代理人の身元確認書類)が必要です。)

傷病名	発病または負傷の原因		平成 年 月 日	療養の給付開始年月日(初診日)	平成 年 月 日
発病または負傷年月日	平成 年 月 日	から	日まで	日間	左記期間中の診療実日数(入院期間含む)
労務不能と認められた期間	平成 年 月 日	から	日まで	日間	日
上記のうち入院した期間	平成 年 月 日	から	日まで	日間	
傷病の主状態および経過					
従来の職種について、労務不能と認められた医学的所見					
上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日					
住所(所在地) 医療機関名 医師氏名					

勤務状況および報酬支払状況	年 月分	通勤費・通信費の支払いの有無(有・無)										
	曜日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
(7)勤務の状況												
(4)報酬の支払状況												
(7)労務に服しなかった日で報酬の一部を支払った場合の日額												
曜日	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	
(7)勤務の状況												
(4)報酬の支払状況												
(7)労務に服しなかった日で報酬の一部を支払った場合の日額												
曜日	23	24	25	26	27	28	29	30	31	(4)欄の合計日数		
(7)勤務の状況										○→ 日		
(4)報酬の支払状況										△→ 日		
(7)労務に服しなかった日で報酬の一部を支払った場合の日額										×→ 日		
(5)上記期間に対して支払した報酬合計額及び支払い日数	円 [] 日								給与形態	月給制・日給制・時給制		
上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日												
事業所名称 所在地 事業主氏名												

【備考欄】