

傷病手当金請求書

健康保険

(第 回目)

訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。
◎記入の方法は、裏面に書いてありますのでよくお読みください。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の	記号		フリガナ	
		番号	第 号	②被保険者の氏名	
				生年月日	昭和・平成 年 月 日
	③被保険者の現住所	〒 TEL ()			
	④事業所の名称	TEL ()			⑤被保険者の標準報酬月額 千円
	⑥被保険者の資格を取得した年月日	昭和 年 月 日 平成 令和	⑦被保険者の業務の種別		
	⑧発病または負傷の年月日	平成 年 月 日 令和	⑨傷病名		
	⑩発病の状態および負傷の原因を詳しく				
	⑪労務に従事することのできなかった期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間		
	⑫第三者行為によるものですか	はい ・ いいえ	はいのとき、第三者の行為による傷病届は		届出済 ・ 未届け
	⑬労災保険から休業補償給付を受けていますか。 (または、過去に受けたことがありますか。)	1. はい 3. いいえ 2. 労災請求中	「はい」または「労災請求中」と答えた場合、支給元 (請求先)の労働基準監督署をご記入ください。		労働基準監督署
	⑭上の⑪に書いた期間中に入院した期間がありますか	あ る ・ な い			

支 払 い は 全 て 振 込 み に な り ま す	受領を委任するとき	この給付金の受領を、次のとおり代理人を定め委任します。 令和 年 月 日 被保険者 (請求者) 氏名 代理人の住所 (口座名義人) 氏名		※ 在職の方は、貴事業所の健保口座名義人の方に委任してください。 (事業所担当者におたずねください。)
	給付金受領口座	金融機関名	銀行	支店
		口座番号	普通・当座 No.	
		フリガナ		
		口座名義人		

受付日付印

事業主および医師の証明欄を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名（サイン）をご記入ください。

事業主が証明するところ	㊦ 労務に服さなかった期間	令和 年 月 日から 日間 令和 年 月 日まで	
	㊧ 上の期間中として賃金を	支給した ・ 支給しない ・ 将来支給する ・ 将来も支給しない	
	㊨ 上の㊦の期間中の分として、報酬を支給した場合または支給する場合	令和 年 月 日から 円 令和 年 月 日まで	
		令和 年 月 日から 円 令和 年 月 日まで	
		上記㊦の期間中に払った ・ 現物支給（定期券など） 有 ・ 無 ・ 固定的手当（住宅・家族手当など） 有 ・ 無	
	㊩ 賃金の締日	日 締 ㊪ 賃金の支払日は 当月 ・ 翌月 日 払	
	㊫ 備考		
	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日		
	㊬ 事業所の所在地		
㊭ 事業主の氏名			
TEL ()			

療養を担当した医師が意見を 書くところ	患 者 氏 名										
	㊦ 傷 病 名										
	㊧ 発 病 または 負 傷 の 原 因										
	㊨ 発 病 または 負 傷 の 年 月 日		平成 令和	年	月	日	㊩ 療養の給付を 開始した年月日	平成 令和	年	月	日
	㊪ 労 務 不 能 と 認 め た 期 間		令和	年	月	日から	日間	左の期間中の 診 療 実 日 数	日間		
	㊫ ㊨の期間中における「主たる症状および経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等（くわしく）症状経過からみて従来の職種について労務不能と認められた医学的な所見		人工透析または人工臓器等を装着したとき	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	
	㊬ 上の㊨の期間中に入院した期間があるときはその期間		令和	年	月	日から	日間	㊭ 入 院 の 費 用 の 別	健保・公費・自費		
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 氏 名 TEL ()											