

| | | | | | |
|-------|-----------------------|----------|-----|--|-----|
| 支払年月日 | 年 月 日 | 常務理事 | 事務長 | 会計 | 担当者 |
| 支払額 | 円 | | | | |
| 申請期間 | 年 月 日～年 月 日 日間 | 資格取得 | | 年 月 日 | |
| 支給期間 | 年 月 日～年 月 日 日間 | 資格喪失 | | 年 月 日 | |
| 給付計算 | 標準 (/) × = 合計 日割 | 待期 3 日 | | 年 月 日～年 月 日 | |
| | 報酬 (/) × = 平均 2/3 割 | 支給開始日 | | 年 月 日 | |
| | 月額 (/) × = | 法第 104 条 | | <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 不該当 | |

請求回数を記入

健康保険 **傷病手当金請求書** (第 1 回目)

| | | | | |
|--------------|--|---|---|--|
| 被保険者が記入するところ | ① 被保険者証の記号・番号 | ×××・×××× | ② 事業所の名称 | (株) |
| | ③ 被保険者の(請求者)氏名 | (フリガナ) ケンボ タロウ 健保太郎 | 業務の種別 | |
| | ④ 被保険者の生年月日 | | <input type="checkbox"/> 昭和 ××年 ×月 ××日 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 ××年 ×月 ××日 | |
| | ⑤ 被保険者の(請求者)住所 | (〒×××-××××) | 都道府県 | 市 町 ×-×-×× |
| | ⑤ 電話番号 | ×××-×××-×××× | | |
| | ⑥ 傷病名 | 胃潰瘍 | ⑦ 初診日 | ××年 ×月 ××日 年 月 日 |
| | ⑧ 発病の状態又は負傷の原因を詳しく | 2月8日朝、自宅で激しい胃痛を起こし、すぐに病院に行った。 | | |
| | ⑨ 該当の疾病は病気ですか、ケガですか？ | <input checked="" type="checkbox"/> 病気(疾病) <input type="checkbox"/> ケガ | | |
| | ⑩ 療養のため休んだ期間(申請期間) | 自 令和 ××年 ×月 ××日 至 令和 ××年 ×月 ××日 | 20 日間 | |
| | ⑪ ⑩に書いた期間分の報酬(賃金)は受けましたか、又は受けられますか 「はい」と答えた場合、その報酬の額と、その報酬支払の基礎となった(なる)期間 | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい いずれかに✓ 年 月 日～年 月 日 円 | | |
| | ⑫ 年金等受給状況 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 請求中 (年 月から受給) | 年金の種類 | <input type="checkbox"/> 障害厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害手当金 <input type="checkbox"/> 老齢年金 |
| | ⑫ 障害年金受給病名 | 年金の状況をご記入ください | | 円 |
| | ⑫ 基礎年金番号 | 年金コード | | |
| ⑬ 介護サービス | <input type="checkbox"/> 受けている <input type="checkbox"/> 受けていない いずれかに✓ | | | |

本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。

| | | |
|-----|--------|--|
| 委任状 | 請求者が記入 | 被保険者(請求者) 住所 令和 ××年 ×月 ××日 県 市 ×-×-×× 健保太郎 氏名 |
| | 事業所が記入 | 事業所名 代理人 県 市 町 ××番地 ×× 株式会社 氏名 |

| |
|-------|
| 受 付 印 |
| |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|-------|----|--|----|--|----|------|----|----|----|----|----------------|----|-----|-----|-----|
| 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 6 日～ 令和 × 年 × 月 25 日 20 日間 | | | | | | | | | | | | | | 出勤 | 有給 | |
| | 勤務状況 | 【出勤は○】、【有給は△】、【公休は公】、【欠勤は/】でそれぞれ表示してください。 | | | | | | | | | | | | | | 0 日 | 3 日 | |
| | × 年 × 月 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 0 日 | 3 日 |
| | | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | | |
| | 年 月 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 日 | 日 |
| | | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | | |
| | 年 月 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 日 | 日 |
| | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | | |
| 上記の期間に対して、賃金を支給しました（しますか）か？ | <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> はい | | 給与の種類 | | <input checked="" type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 日給月給 | | <input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> 歩合給 <input type="checkbox"/> その他 | | 賃金計算 | | 締日 | | 末日 | | | | | |
| 上記の期間中の分として、報酬を全額または一部支給した場合または支給する場合（賃金台帳添付） | 令和 年 月 日～令和 年 月 日 日間 | | 円 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 令和 年 月 日～令和 年 月 日 日間 | | 円 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 令和 年 月 日～令和 年 月 日 日間 | | 円 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記の通り相違ないことを証明します。 | | | | | | | | | | | | | | 令和 × 年 × 月 × 日 | | | | |
| 事業所所在地 〒 × × × - × × × × 県 市 町 × × 番地 × × | | | | | | | | | | | | | | 株式会社 | | | | |
| 事業所名称 | | | | | | | | | | | | | | 株式会社 | | | | |
| 事業主氏名 | | | | | | | | | | | | | | 株式会社 | | | | |

| | | | | | | | |
|-----------------------------------|--|------------|------------|----------|-------------|---|----------|
| 療養を担当した医師が意見を書くところ | 傷病名 | | | | | 発病又は負傷の年月日 | 令和 年 月 日 |
| | | | | | | 療養の給付を開始した年月日 | 令和 年 月 日 |
| | 発病又は負傷の原因 | | | | | | |
| | 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 | 左の期間中の診療実日数 | 日間 | |
| | うち入院期間 | 令和 年 月 日から | 令和 年 月 日まで | 日間 | 入院費用の別 | <input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 公費 <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他 | |
| | 上記の期間中における「主たる状態および経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等（詳しく） | | | | | | |
| | この欄は医師に記入してもらって下さい | | | | | | |
| 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 | | | | | | | |
| 上記の通り相違ないことを証明します。 | | | | | | | |
| 医療機関等の名称・所在地 | | | | 令和 年 月 日 | | | |
| 医師の氏名 | | | | 電話 () - | | | |

※ 訂正された場合は、二重線で抹消後訂正印を押印ください。

| | | | | | | | | | | |
|--------------------|------|-------------------------|--|------|---|---|---|---|---|---|
| ※任意継続の方のみ 支払金融機関の欄 | | | | | | | | | | |
| 口座名義 (請求者名義) | フリガナ | ケンボ タロウ | | 預金種別 | <input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 別段 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 通知 | | | | | |
| | | 健保 太郎 | | | | | | | | |
| 金融機関名 | フリガナ | エイビーシー オオサカ | | 口座番号 | 左づめでご記入ください。 | | | | | |
| | | ABC 銀行 大阪 本店 信用金庫 支店 | | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |