申請内容・個人情報は、健保組合の当該業務・運営にのみ利用し、第三者への提供、開示は致しません。

健康保険　☐ 傷病手当金(法定・付加)　☐ 延長傷病手当金付加金　請求書（第　　回）

※書類経路…被保険者（請求者）→医療機関（証明）→被保険者→事業所担当部署（事業主証明）→健保組合

被保険者が記入する欄

記号・番号	1 1 ―	生年月日	昭和・平成　年　月　日
被保険者（請求者）の氏名	(フリガナ)		
社員番号		被保険者（請求者）の住所	〒　－　Tel（　　）　－
照会等の同意	☐ 私は、本手当金の支給に際し、貴保険組合が必要に応じ、担当医、事業主、年金事務所、又は他の関係する保険者等に必要な情報を提示すること及び照会すること、前職時のレセプトの開示をすることに同意します。また、この請求書の写しも有効であることに同意します。		
傷病名	1. 2.	発病又は負傷年月日（療養開始日）	令和　年　月　日 令和　年　月　日
発病又は負傷の原因（1回目の請求のみ記入）	☐ 仕事中以外（業務外）での傷病 ☐ 仕事中（業務上）での傷病 ☐ 通勤途中での傷病	詳細	令和　年　月　日（　曜日）　時頃 （どこで、何をしていて）
第三者行為（交通事故やケンカ等）によるものですか	はい　・　いいえ		
病気やけがで仕事を休んだ期間（請求期間）	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで　日間		
基礎年金番号	障害厚生年金又は障害手当金を受給していますか	障害厚生年金又は障害手当金の原因となった傷病名	
	はい・いいえ・請求中		
資格喪失者 任意継続被保険者	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・いいえ・請求中	
制度名	年金コード又は記号番号	現在の年金額	
振込希望口座	預金種別	普通・当座	金融機関名（ゆうちょ銀行を含む）
銀行・金庫・農協	本店・支店・出張所		
口座番号		口座名義	(カタカナで記入)

受取代理人の欄

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

代理人の氏名	(フリガナ)
代理人の住所	(フリガナ) 〒　－　Tel（　　）　－

令和　年　月　日　提出

受付日付印

◎ 受取代理人欄は、給付金の受領を第三者に委任する場合に記入してください。
マイナンバーで申請したい方は健康保険組合までご連絡ください。

【注意】
※傷病手当金と出産手当金を同時にうけられるときは出産手当金が優先し、
出産手当金をうけられる間は傷病手当金は支給されません。

※初回請求分は賃金台帳写を添付してください。

事業主が証明する欄

労務に服さなかった期間	就労状況　（出勤…○、早退…◎、有給…△）と該当日に表示してください。 午前・午後で状況が異なる場合は、これらを組合せて二段で記入してください。	
令和　年　月　日から	年　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
	年　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
令和　年　月　日まで	年　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

1か月分の基本給・諸手当の額（支給の有無に関係なく記入してください。）	基本給や諸手当の支給状況（給料の締切単位に記入） 月　日～　月　日	月　日～　月　日	月　日～　月　日
基本給　円 月給・日給・時間給	（　日分）　円	（　日分）　円	（　日分）　円
通勤手当　有・無（1か月　円） ☐ 定期券利用（　か月分支給）	（　）	（　）	（　）
家族手当　有・無（1か月　円）	（　）	（　）	（　）
手当（1か月　円）	（　）	（　）	（　）
手当（1か月　円）	（　）	（　）	（　）

給料の種類	月給・日給 日給月給・時間給 その他（　）	欠勤控除の有無及び控除の方法	欠勤控除の有無	控除する場合は、欠勤控除の計算方法を具体的に記入してください。
給料締切日	日締		基本給	控除する 控除しない
給料支払日	日払		通勤手当	控除する 控除しない
			その他の手当	控除する 控除しない

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

（記載者氏名　　）　　名称

事業主の氏名

Tel（　　）　－

療養を担当した医師が意見を書く欄

傷病名	発病又は負傷年月日	療養の給付開始年月日（初診日）
1.	令和　年　月　日	令和　年　月　日
2.	令和　年　月　日	令和　年　月　日

発病又は負傷の原因	労務不能と認めた期間	診療実日数
	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで　日間	日

傷病の主症状及び経過状況（上記労務不能と認めた期間における主たる症状、療養指導などについて詳しく記入してください。）

(1) 人工透析を開始した日
(2) 人工骨頭又は人工関節をそう入置換した日
(3) 人工肛門を造設した日
(4) 人工膀胱又は尿路変更術を施行した日
(5) 心臓ペースメーカー、人工弁を装着した日
平成・令和　年　月　日

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

名称

医師の氏名

Tel（　　）　－