

健康保険 傷病手当金請求書 (第 回目)

捨印欄 印

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	①被保険者証の 記号・番号	—		②被保険者(請求者)の 氏名及び生年月日	(フリガナ) 昭和・平成 年 月 日生		印
	③被保険者の 現住所	〒		TEL ( )			
	④事業所名称	株式会社		⑤部 署 名			
	⑥資格取得 年月日	平成 年 月 日		⑦標準報酬月額	, 000円		
	⑧被保険者の 業務の種類						
	⑨傷 病 名			⑩療養開始日	平成 年 月 日		
	⑪発病・負傷の 原因			⑫第三者行為による 事故(負傷)ですか	はい・いいえ		
	⑬療養をするために 休んだ期間(請求期間)	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで 日間					
	⑭療養の状況 (請求期間中の身体の状況)	▼病状やどのように過ごしたのかを具体的に(通院・治療内容など):  ▼医師からの指示内容:					
	⑮うへの請求期間中に 給与の全部 または一部を受けましたか、 又は受けられますか	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで		( 日間全部)	受けた 受けられる		
	又は 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで		( 日間中) ( 日分)	受けた 受けられる			
⑯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	種類	障害厚生年金 ・ 障害手当金	年金額	円	傷病名		
	年金支給開始 年 月 日	平成 年 月 日	基礎年金番号				
⑰振込希望銀行 (請求者本人名義に限る)	銀行 支店 (普・当 )						

(注意事項)

1. 医師の労務不能の意見書を添付(2頁目)して、事業所(会社)の人事担当部署に提出してください。
2. ①及び⑥は健康保険証に書いてあります。⑦は給与明細書等でご確認ください。
3. ⑨欄が外傷性の傷病名の場合は「負傷届」を提出してください。
4. ⑫欄が【はい】で第三者行為負傷届等を提出していない場合は至急提出してください。
5. ⑬、⑮欄の期間計算は両端を入れてください(例:6月13日から6月19日の場合は7日間になります)。
6. ⑭欄は休んだ期間における病状や経過・医師からの指示内容を詳しく記入してください。
7. ⑯は障害年金、障害手当金を受けている場合は記入するとともに、障害年金受給者は年金証書の写、支給開始並びに直近の額を証する書類を、又障害手当金受給者は支給額を証する書類を添付してください。
8. 捨印欄には②欄と同じ印を押印してください。
9. 資格喪失後の継続給付として申請する場合は添付書類が必要です。健康保険組合までご連絡ください。

療 養 を 担 当 し た 医 師 が 記 入 す る と こ ろ	傷病名			
	発病・負傷年月日	平成 年 月 日	療養開始年月日	平成 年 月 日
	発病・負傷の原因			
	労務不能と認められた期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	日間	左記期間中の 診療実日数
	上記期間中の 入院期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで 日間 手術年月日:平成 年 月 日 (実施 / 予定) 退院年月日:平成 年 月 日 (決定 / 予定)		
	転帰	治癒 ・ 継続 ・ 中止 ・ 転医		
	<p>▼労務不能期間中における「主たる症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等(詳しく):</p> <p>▼投薬 : <input type="checkbox"/>あり( 日分) ・ <input type="checkbox"/>なし 通院指導の有無 : <input type="checkbox"/>あり( 回 / 日間) ・ <input type="checkbox"/>なし</p> <p>▼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:</p> <p>▼療養見込期間:平成 年 月 日頃まで療養の必要がある</p> <p>▼就労可能と思われる時期:平成 年 月 日頃から就労可能と思われる</p> <p>▼特記事項</p>			
	<p>上記のとおり相違ありません</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>医療機関所在地</p> <p>医療機関名称</p> <p>電話番号</p> <p>担当医師の氏名</p> <p>担当医師連絡先(電話番号)</p> <div style="text-align: right; border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin-top: 5px;">印</div>			

(注意事項)

1. 労務不能と認められた期間は、被保険者が休んだ期間にかかわらず、**臨床上労務不能と認められる期間**を記入してください。
2. 労務不能と認められた期間について、具体的な治療・指示内容、労務不能となる症状や所見について詳しくご記入ください。
3. 証明は労務不能と認められた期間が経過した後に記入してください。先付け証明は受付できません。
4. 証明は1ヵ月単位でおこなってください。

事業主が証明するところ	労務に服さなかった期間		平成 年 月 日 から 平成 年 月 日まで 日間											
	出勤日「○」、有給休暇「△」、公休「公」、欠勤日「×」で表示してください													
	月分	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												
	月分	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												
	勤務形態の各計		出勤		日	有給		日	公休		日	欠勤		日
	上の期間中の賃金支払状況	全 部	自	年	月	日	日分				円	月	日支払	
		一 部	至	年	月	日	日間					日額	円	
	全 部	自	年	月	日	日分					円	月	日支払	
		一 部	至	年	月	日	日間					日額	円	
	現在も将来も支給しない場合はその理由を記入											担当者名		
上記のとおり相違ありません 事業所所在地 平成 年 月 日 事業所名称 電話番号 代表者名														

印

(注意事項)

※初回申請分には下記書類を添付してください。

- ・労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間の賃金台帳(写)
- ・勤務報告書(写)
- ・長欠届(写)
- ・診断書(写)