

※資格	取得	昭和 平成	年	月	日	標準報酬月額	年	月	千円
	喪失	平成 令和	年	月	日		年	月	千円

健康保険傷病手当金・延長傷病手当付加金請求書

※両面コピー禁止
(第 回)

(注意事項)

- ※印の欄と事業主証明欄は記入しないで下さい。
- 該当箇所は漏れなく記入し、必要な文字は○で囲んで下さい。
- 訂正箇所には⑨欄と同じ印を押印して下さい。
- 傷病の原因が第三者の行為によるものであるときは、「第三者による傷病届」を添付して下さい。
- 厚生年金より傷害年金を受給している場合は「年金証書」の写と直近の「支払通知書」の写を添付して下さい。
- 厚生年金より障害年金を受給した場合は「厚生年金障害年金決定通知書」の写を添付して下さい。
- ⑥欄には、本人が事業所で担当している仕事の種類を、具体的に(事務・製造・技術・営業等)記入して下さい。

被 保 険 者 の 記 入 す る	①被保険者証の 記号・番号		記号	②請求者 (被保険者) の氏名と印		③ ④							
	④請求者 (被保険者) の現住所		〒										
	⑤事業所の名称		⑥事業所で担当し ている仕事の種類										
	⑦資格取得年月日		昭和 平成	年	月	日	⑧発病又は負傷の 年月日		平成 令和	年	月	日	
	⑨傷病名		⑩発病又は負傷の 原因 (詳しく) この欄に記入でき ない場合は別紙に		(いつ)		(どこで)		(何のために、何をしているとき)				
	⑪第三者行為によるも のですか		はい ・ いいえ		⑬左記期間中に報酬 の全部又は一部を受 けましたか		受けない・受けた 受けられる						
	⑫病気や負傷で療養 のため休んだ期間		平成 令和	年	月	日から	平成 令和	年	月	日まで	日間	ただし 日 日 日 日は出勤	
	⑭ ⑫欄の期間中入院 した期間があるとき		平成 令和	年	月	日から	平成 令和	年	月	日まで	日間	健康保険又は自費で 入院しましたか	健保・公費 ・ 自費・その他
			医療機関の名称										
			医療機関の所在地										
	⑮厚生年金保険より (該当字句を○で囲ん で下さい)		<input type="checkbox"/> 傷害年金 <input type="checkbox"/> 障害手当金 を受給 <input type="checkbox"/> 老齢年金		<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 請求中		受けて いる ときは		年金証書の記号番号				
									傷病名				
									受給権発生年月日				
	⑮払渡しを希望するところ (請求者名義のものを記載し てください)		銀 行 本店 信用金庫 支店		普通 貯蓄 当座		口座番号		カナ		口座名義人		

委 任	⑯上記傷病手当金・延長傷病手当付加金の受領を 住所 氏名 _____ ⑭に委任します。										事業所社会保険担当確認印
	銀 行 本店 信用金庫 支店		普通 貯蓄		口座番号		カナ				受付印
令和 年 月 日 請求者氏名 _____ ⑭											



字削除

事業主が証明する欄	⑱ 労務に服さなかった日(該当する日を○で囲むこと)	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	計 日		
		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	計 日		
		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	計 日		
	⑲ 上記期間中に対する報酬支給の有無	有・無	⑳ 給料の形態		月給・日給月給・日給・歩合給・その他()	
	㉑ 上記期間中に有給休暇があればその日額及び月日	日額	計 日			
	22 上記の労務に服さなかった期間中に支払った報酬額又は今後支払われる報酬額及び支給対象期間等	本給(基本給)	円	月 日 ~ 月 日	月(日)分	23 給与の締切日
		通勤手当	円	月 日 ~ 月 日	月(日)分	
		手当	円	月 日 ~ 月 日	月(日)分	毎月
		手当	円	月 日 ~ 月 日	月(日)分	
			円	月 日 ~ 月 日	月(日)分	24 支払日
		円	月 日 ~ 月 日	月(日)分		
		円	月 日 ~ 月 日	月(日)分	毎月	
		円	月 日 ~ 月 日	月(日)分		
懇親会費	円	月 日 ~ 月 日	月(日)分	日		
現物 住・食・被	円	月 日 ~ 月 日	月(日)分			
< 事業主意見欄 >						
⑳ 上記のとおり相違ないことを証明します。						
令和 年 月 日 事業所の所在地および名称 事業主の氏名 (印) 電話() -						

(注意事項) ○出勤簿にもとづいて正しく記入してください。日曜・祭日等の公休日及び有給休暇も労務に服さなかった日に
○賃金台帳・給与明細等によって正しく記入して下さい。
○事業主の訂正は、その箇所又は欄外の訂正欄に事業主の訂正印を押印して下さい。
○一カ月を単位として支給される各種手当が労務に服さない期間も含めて支給されているときは、報酬の一部支給となり、その旨を記入してください。

保険医が意見を記入する欄	⑳ 傷病名	①	27 療養の給付開始年月日	①	年 月 日
		②		②	年 月 日
		③		③	年 月 日
		④		④	年 月 日
	㉑ 発病又は負傷の年月日	昭和 年 月 日 平成 年 月 日 令和 年 月 日	29 発病又は負傷の原因		
	30 上記疾病により労務不能と認められた期間	平成 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 令和 年 月 日 まで	日間	左記の期間中の診療実日数	日
	31 上記のうち入院加療期間	平成 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 令和 年 月 日 まで	日間	入院費用の別	健保・公費 自費・その他
	32 傷病の主な病状及び経過の概要 (経過は月日を付してくわしく記入してください)	人工透析を実施又は人工臓器を装着した日		平成・令和 年 月 日	
		ア. 人工肛門 イ. 人工膀胱 ウ. 人工関節 エ. 人工骨頭 オ. 心臓ペースメーカー カ. 人工透析 キ. その他()			
	33 (30)欄最終日時の転帰	繰越・治ゆ・中止・転医・死亡(月 日)			
	34 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 医師名 (印) 電話() -				

(注意事項) ○合併症の場合はすべての疾病について記入してください。
○なるべく詳しく記入して下さい。特に労務不能と認められた傷病の症状、経過をわかりやすく記入してください。
○保険医欄の訂正箇所には医師証明の印を押印して下さい。