

健康保険 **傷病手当金・傷病手当付加金 請求書** (第 回目)

被保険者証の記号・番号	記号: 番号:	被保険者の氏名	(印)
被保険者の住所	〒 -		
日中連絡の取れる電話番号	自宅	勤務先	携帯
被保険者の勤務する又は勤務していた会社名			
傷病名	発病または負傷の年月日		平成 年 月 日
発病の状態または負傷の原因			
傷病の療養をするために休んだ期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで ( )日間		
上の に書いた期間に対する報酬はありますか?	基本給は	全部受けられる	一部受けられる
	諸手当は	全部受けられる	一部受けられる
交通事故など、第三者の行為によって負傷したものですか?		はい いいえ	
「はい」と答えた場合はその事実を当健保に届出していますか?		はい いいえ	
老人保健法の医療を受けたとき	市町村番号	受給者番号	発行期間名
介護保険法サービスを受けたとき	市町村番号	受給者番号	発行期間名
この請求の傷病に対し「傷害年金」または「障害手当金」を受けていますか?		はい いいえ	
受けているとき年金の種類	年金日額	年金を受けることになった年月日	障害年金証書の記号番号
障害年金	障害手当金 ( )円	平成 年 月 日 ( )	( )
任意継続被保険者または資格喪失者の方が記入する。	老齢または退職を事由とする公的年金を受給していますか?		いいえ 申請中 はい
	年金コードまたは記号番号もしくは番号		年金額
振込希望口座	銀行	普通 店番	フリガナ
	支店	当座 口座番号	名義人氏名
振込先を、代理人にする はい ・ いいえ (「はい」の場合は 委任状の欄を記入)			
口座名義の区分 1.被保険者 2.代理人			
委任状	私は、上記のとおり請求した傷病手当金及び同付加金の受領方を下記代理人に委任します。 平成 年 月 日 被保険者氏名: _____ 印 住所は の住所と同じ		
-1 代理人	住所: _____ 氏名: _____ 印 電話番号: ( )		

- [注意事項]
1. 印鑑は認印可。シャチハタ・日付印は不可です。
  2. 訂正した場合は、必ず訂正印を押してください。
  3. 提出された請求書については、返却・写しの送付等は一切致しません。(書類不備の場合を除く)

受付日

被保険者証の記号・番号	記号:	被保険者の氏名
	番号:	
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	
上の期間中について【出勤: /、公休: /、休(有給): /、休(無給): x】でそれぞれ表示してください。		
平成 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	
平成 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	
平成 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	
平成 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	
平成 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	
) 上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は(支給する場合)	全額/一部	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで ( )円 ( )円
	全額/一部	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで ( )円 ( )円
	全額/一部	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで ( )円 ( )円
	全額/一部	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで ( )円 ( )円
	全額/一部	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで ( )円 ( )円
) 報酬を支給しない場合その旨		
上記のとおり相違ないことを証明します。		平成 年 月 日
住所: _____		
事業主 氏名: _____ (印)		
電話番号: ( )		

[担当者の方へ]

1. 訂正をした場合は、必ず訂正印(事業主印)を押してください。
2. )欄 給与締めごとの証明し、出勤した日に対する報酬は差し引いて、休業中の報酬を証明してください。

療養を担当した医師が意見を書くところ	) 患者の氏名	) 傷病名
	) 発病又は負傷の原因	
	) 発病又は負傷の年月日	平成 年 月 日
	) 療養の給付を開始した年月日	平成 年 月 日
	) 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
) 左の期間中の診療実日数	( )日間	
) 傷病の主状態及び経過状況(労務不能と認められた理由を詳しく記入してください)		
上記のとおり相違ありません。平成 年 月 日		
医療機関の名称・所在地: _____		
医師の氏名: _____ (印)		
電話番号: ( )		
[医師の方へ]		
1. 訂正をした場合は、必ず訂正印を押してください。		
2. )欄は、初診日ではなく、その傷病について健康保険による療養を始めた日を記入してください。		