受付年月日	年　月　日	決裁					
		常務理事	事務長	担当者	台帳照合印		
決裁年月日	年　月　日						
支給年月日	年　月　日	資格取得	年　月　日				
※支給支払決議書 支給額決定額	円	資格喪失	年　月　日				
		標準報酬月額	千円				
支給開始	年　月　日	障害年金額・日額障害手当金額	円（日額　円）				
支給期間	自　年　月　日 至　年　月　日　日間	全部・一部不支給	期間	年　月　日から　日間 年　月　日まで　円			
			理由	※支給支払決議書			
前回 始	年　月　日						
前回 終	年　月　日	備考					

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 被保険者の氏名	帝　国　太　郎　㊞	③ 生年月日	○○年○○月○○日
④ 住所	〒000-0000　神奈川県　○○市○○区○○町○○				
⑤ 事業所の名称及び所在地	名称	㈱帝国ホテル	所在地	東京都○○区○○町○○○	
⑥ 資格を取得した年月日	○○年○○月○○日	標準報酬月額	円		
⑦ 老人保健法の医療を受けたとき	市町村番号		受給者番号		発行機関名
⑧ 介護保険のサービスを受けたとき	保険者番号		被保険者番号		保険者名称
⑨ 発病又は負傷の年月日	○○年○○月○○日	⑩ 傷病名	右大腿骨骨折		
⑪ 発病又は負傷の原因	休日、スノーボード滑走中転倒して負傷			⑫ 第三者行為によるものですか	いいえ・はい
⑬ 労務に服することが出来なかった期間	○○年○○月○○日から ○○年○○月○○日まで				○○日間
⑭ 上記期間の報酬の全部又は一部を受けたとき、又は受けることができるときは、その報酬額及び期間	○○年○○月○○日から ○○年○○月○○日まで				○○日間
	受けた報酬額				○○○,○○○円
	受けることができる報酬額				円

⑮ 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	(ｱ) 年金の種別	障害年金・障害手当金	(ｲ) 年金額		(ｳ) 年金の支給事由となった傷病名
	(ｴ) 年金を受けることとなった年月日	年　月　日	(ｵ) 障害年金を受けている場合は基礎年金番号・年金コード		

⑯ 任意継続被保険者の資格喪失者の方	(ｱ) 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・請求中・いいえ
	(ｲ) 老齢（退職）年金の名称	(ｳ) 基礎年金番号及び年金コード又は記号番号若しくは番号	(ｴ) 受給年月日	(ｵ) 年金額
			年　月　日	円
			年　月　日	円
			年　月　日	円
			(ｶ) 年金の合計額	円

⑰ ⑯ 振込希望の銀行	○○ 金庫・銀行・組合 ○○ 支店（普通・当座 No. ○○○○）

⑱ 上記のとおり請求します。　○○年○○月○○日

〒000-0000

被保険者の　住所　神奈川県　○○市○○区○○町○○

氏名　帝　国　太　郎　印

健康保険組合理事長　殿

※なお請求について自署の場合は押印を省略可とする。

事業主が証明するところ

⑲ 労務に服さなかった期間		○○ 年 ○○ 月 ○○ 日から ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日まで　○○ 日間
⑳ 上記の期間中と支給関係分のうち報酬	(ｱ) 全額支給した場合、又は支給する場合	年 月 日から 年 月 日まで の分として 金 円 (月 日支払) 〔日額 金 円〕
	(ｲ) 一部支給した場合、又は支給する場合	○○ 年 ○○ 月 ○○ 日から 年 月 日まで の分として 金 ○○○,○○○ 円 (○○ 月 ○○ 日支払) 〔日額 金 ○○○○ 円〕
	(ｳ) 現在までにも又、将来も支給しない場合は、その旨	現在までも、まだ将来支給しない。

上記とおり相違ないことを証明します。

年　月　日

事業主　住所　東京都○○区○○町○○

氏名　㈱○○○○○　会社の印

電話　○○　(　○○○　)　○○○○　番

療養を担当した医師が意見を書くところ

㉑ 傷病名	右大腿骨骨折	㉒ 発病または負傷の原因	ｽﾉﾎﾞｰ中に転倒
㉓ 発病または負傷の年月日	○○ 年 ○○ 月 ○○ 日	㉔ 療養の給付を開始した年月日	○○ 年 ○○ 月 ○○ 日
㉕ 労務不能と認めた期間	○○ 年 ○○ 月 ○○ 日から ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日まで　○○ 日間	㉖ 診療実日数	○○ 日間
㉗ 傷病の主症状および経過概要	○○○・・・・・	㉘ 上記の期間中に入院をした期間がある場合はその期間	○○ 年 ○○ 月 ○○ 日から ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日まで　○○ 日間
		入院の費用の別	健保・公費 自費・その他

㉙ 上記とおり相違ありません。

○○ 年 ○○ 月 ○○ 日

医師　住所（所在地）　東京都○○区○○町○○

医療機関名　○○○病院

氏名　○○○

電話　○○　(　○○○　)　○○○○　番

委任状

㉚

私は本請求に基づく　給付金に関する受領を代理人に委任致します。　年　月　日

被保険者の（請求者）　住所　氏名　印

代理人の　住所　氏名　印

㉛ 振込希望の金融機関名	金庫 銀行 組合	支店　(普通 当座 No.　)

領収書

㉜ 金　円也

を領収いたしました。　年　月　日

健康保険組合理事長　殿

受領者　住所　氏名　印

記入方法については次ページの記載事項を御覧の上御記入下さい。

・　被保険者の注意事項

ア．①～③および⑥欄は、健康保険の被保険者証に書いてあります。

イ．⑦欄は、療養のため勤務に服することができない期間中に老人保健法の医療を受けたときは、健康手帳の医療の受給資格を証する頁に記載されている市町村番号、受給者番号および発行機関名を記入して下さい。

ウ．⑧の欄は療養のため、勤務に服することが出来ない期間中に介護保険法によるサービスを受けたときには被保険者証に書いてある保険者番号、被保険者番号、保険者名を記入して下さい。

エ．⑪欄は、（いつ○○年○月○日午前○時）、どこで（自宅の庭で）、なにを（薪を）、どうしているうち（割っているうち）、なにが（薪の）、どういうふうになって（破片が飛んで）、どこを（顔を）、どうした（裂傷した）というようにくわしく記載して下さい。

オ．⑮欄は、同一の疾病又は負傷及びこれによって発した疾病により、障害年金、障害手当金を受けている場合　　に記入するとともに障害年金該当者は障害年金証書の写、支給開始並びに直近の額を証する書類を、又、障害手当金の該当者はその支給額を証する書類を添付して下さい。

カ．⑮欄で障害年金、障害手当金を現在請求中の場合（受けることができるとき）は、(ｵ)欄のみにその旨を記入　　して下さい。

キ．⑮(ｱ)欄は、受けている年金を○で囲んで下さい。

ク．⑮(ｲ)(ｳ)(ｴ)欄は、障害年金を受けている場合又は、障害手当金を受けている場合は、それぞれの支給を証する　　書類等をみて記入して下さい。

ケ．⑮(ｵ)欄は障害年金を受けている人は、その年金証書の記号番号をみて記入して下さい。

コ．⑯(ｱ)欄は現在の年金受給状況を○で囲んで下さい。

サ．⑯(ｲ)(ｳ)(ｴ)(ｵ)欄は支給を証する書類等を見て記入して下さい。

シ．⑯(ｶ)欄は年金の合計額を記入して下さい。

ス．⑰欄は、被保険者（本人）が直接受領するときに、被保険者の希望する振込機関名を記入して下さい。

セ．傷病が第三者の行為によるものであるときは、「第三者行為による傷病（死）届」を作って、この請求書に添付　　して下さい。

ソ．㉛欄は、委任により代理受領するときに、代理人の希望する振込機関名を記入して下さい。

タ．㉜欄は、被保険者（本人）が直接健康保険組合の窓口で受領するときに記入して下さい。

チ．※印の欄には記入しないで下さい。

・　事業主の注意事項

ア．⑳欄の「全部支給」または「一部支給」とは、一日当たりの賃金の全部または一部の意味であること。

イ．⑳欄の(ｱ)と(ｲ)にわたるときは、両欄にそれぞれの事柄を記載すること。

ウ．⑳欄の(ｳ)の欄は、「現在までにも、また将来も支給しない」を記載して下さい。

エ．⑳欄は、被保険者の資格を喪失した後の期間にかかる請求であるときは、事業主の証明を要しません。

・　医師の注意事項

ア．㉔欄は、初診日を記載するのでなく、その傷病について健康保険による療養を始めた日を記載するものですから、被保険者証の療養給付記録欄などを見て記載して下さい。

イ．㉗欄は、なるべく詳しく記載して下さい。特に、手術した場合は手術の名称と手術年月日を、また結核性の疾病については、検痰成績、安静度、赤沈値、理学的所見などを記載して下さい。

・　その他共通する注意事項

ア．訂正したところは、各記載者の氏名のわきに押した印と同じ印（①から⑱までの訂正箇所には⑱の印、⑲から⑳までの訂正箇所には⑳の印、㉑から㉘までの訂正箇所には㉙の印、㉚から㉛までの訂正箇所には⑱の印）を訂正印として押して下さい。

イ．印はハッキリと押し、印洩れのないようにして下さい。

ウ．　⑬、⑲、㉕欄の期間の計算は、両端を入れて間違いなく計算して下さい。たとえば６月１３日から６月１９日までは、７日間となります。