

# 傷病手当金請求書 ① (第 回目)

健康保険

**被保険者の注意事項**

ハ、ロ、イ、  
 は、こ、ん、で、下、さ、い、  
 ①、②、③、④、⑤、⑥、⑦、⑧、⑨、⑩、⑪、⑫、⑬、⑭、⑮、⑯、  
 ①、②、③、④、⑤、⑥、⑦、⑧、⑨、⑩、⑪、⑫、⑬、⑭、⑮、  
 ①、②、③、④、⑤、⑥、⑦、⑧、⑨、⑩、⑪、⑫、⑬、⑭、⑮、  
 ①、②、③、④、⑤、⑥、⑦、⑧、⑨、⑩、⑪、⑫、⑬、⑭、⑮、

ト、ホ、ニ、  
 ①、②、③、④、⑤、⑥、⑦、⑧、⑨、⑩、⑪、⑫、⑬、⑭、⑮、  
 ①、②、③、④、⑤、⑥、⑦、⑧、⑨、⑩、⑪、⑫、⑬、⑭、⑮、  
 ①、②、③、④、⑤、⑥、⑦、⑧、⑨、⑩、⑪、⑫、⑬、⑭、⑮、  
 ①、②、③、④、⑤、⑥、⑦、⑧、⑨、⑩、⑪、⑫、⑬、⑭、⑮、

②	被保険者の記号と番号	000 ----- 0000	③	被保険者の氏名と印	④	(印保)
				健保 太郎	平成〇〇年 4月 1日生	
⑤	被保険者の現住所	〒000-0000 〇〇県〇〇市〇〇町1-1		⑥	連絡先	000 (000) 0000 090 (000) 0000
⑦	事業所の名称	〇〇〇〇株式会社		⑧	被保険者の標準報酬月額	〇〇〇 千円
⑨	被保険者の資格を取得した年月日	平成〇〇年〇〇月〇〇日	⑩	業種の種別	事務	
⑪	発病又は負傷の年月日	平成〇〇年〇〇月〇〇日	⑫	傷病名	骨折	
被 保 険 者 が 証 明 す る こ ろ	(ア)老人保健法の医療を受けたとき	市区町村番号	受給者番号	発行機関名		
	(イ)介護保険法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		
⑬	発病又は負傷の原因を詳しく	休日以外出した際、最寄駅の階段で滑って転倒し、手をついた拍子に右手を骨折した。				
⑭	発病または負傷の療養をするため休んだ期間	平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日 から 平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日 まで	〇〇 日間			
⑮	うへの、⑭に書いた期間の分の報酬(A)を受けましたか、又は受けられますか	受けた・ <u>受けない</u> ・受けられる・受けられない				
⑯	報酬支払を受けたとき又は受けられるときは、その報酬の額とその報酬額支払の基礎となった期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	の分として 円			
⑰	障害厚生年金又は障害手当金を受給していますか	いいえ・請求中・はい	(エ)受給病名	(オ)基礎年金番号	(カ)年金額	
⑱	任意継続被保険者の資格喪失者の方	(キ)年齢又は退職を理由とする公的年金を受給していますか	いいえ・請求中・はい			
		(ク)年金コード又は記号番号もしくは番号				
		(ケ)年金額	円			
		(コ)年金の合計額	円			
振込先を記入ください(★フリガナは必ず記入してください。)						
		銀行・信金 農協・信組	普通・当座 貯蓄・その他	口座番号	0 0 0 0 0 0 0 0	
		〇〇 支店	フリガナ	ケンボ タロウ		
			口座名義	健保 太郎		
委任するとき	私の受ける金額の受領方を下記の者に委任します。				受付日付印	
	被保険者	氏名			㊟	
	受任者	住所			㊟	
		氏名			㊟	

事業主が証明するところ	⑰ 労務に服さなかった期間	平成 00 年 00 月 00 日から 平成 00 年 00 月 00 日まで	00 日間
	⑱ うえの期間中 の分として支払う報酬関係	① 全額支給した場合 又は支給する場合	平成 年 月 日から 金 円 [日額] 平成 年 月 日まで の分 (月 日支払) 金 円
		② 一部支給した場合 又は支給する場合	平成 年 月 日から 金 円 [日額] 平成 年 月 日まで の分 (月 日支払) 金 円
		③ 現在までにも又 将来も支給しない 場合は、その旨	現在までにも又将来も支給しない
うえのとおり相違ないことを証明します。 平成 00 年 00 月 00 日			
⑲ 住 所		〇〇県〇〇市〇〇町1	
事業主		⑳ 氏 名 〇〇〇〇株式会社 ㉑ (印)	
㉒ 担当者氏名	〇〇 〇〇	㉓ 電話番号	111 (111) 1111

**事業主の注意**

マ、ル、ス、リ、チ、  
 ⑱の欄は、①にわたるときは、「支給しない」と記載してください。  
 ⑲の欄は、①にわたるときは、「支給しない」と記載してください。  
 ⑳の欄は、①にわたるときは、「支給しない」と記載してください。  
 ㉑の欄は、①にわたるときは、「支給しない」と記載してください。  
 ㉒の欄は、①にわたるときは、「支給しない」と記載してください。  
 ㉓の欄は、①にわたるときは、「支給しない」と記載してください。  
 ㉔の欄は、①にわたるときは、「支給しない」と記載してください。  
 ㉕の欄は、①にわたるときは、「支給しない」と記載してください。  
 ㉖の欄は、①にわたるときは、「支給しない」と記載してください。  
 ㉗の欄は、①にわたるときは、「支給しない」と記載してください。  
 ㉘の欄は、①にわたるときは、「支給しない」と記載してください。  
 ㉙の欄は、①にわたるときは、「支給しない」と記載してください。  
 ㉚の欄は、①にわたるときは、「支給しない」と記載してください。  
 ㉛の欄は、①にわたるときは、「支給しない」と記載してください。  
 ㉜の欄は、①にわたるときは、「支給しない」と記載してください。  
 ㉝の欄は、①にわたるときは、「支給しない」と記載してください。  
 ㉞の欄は、①にわたるときは、「支給しない」と記載してください。  
 ㉟の欄は、①にわたるときは、「支給しない」と記載してください。  
 ㊱の欄は、①にわたるときは、「支給しない」と記載してください。  
 ㊲の欄は、①にわたるときは、「支給しない」と記載してください。  
 ㊳の欄は、①にわたるときは、「支給しない」と記載してください。  
 ㊴の欄は、①にわたるときは、「支給しない」と記載してください。  
 ㊵の欄は、①にわたるときは、「支給しない」と記載してください。  
 ㊶の欄は、①にわたるときは、「支給しない」と記載してください。  
 ㊷の欄は、①にわたるときは、「支給しない」と記載してください。  
 ㊸の欄は、①にわたるときは、「支給しない」と記載してください。  
 ㊹の欄は、①にわたるときは、「支給しない」と記載してください。  
 ㊺の欄は、①にわたるときは、「支給しない」と記載してください。  
 ㊻の欄は、①にわたるときは、「支給しない」と記載してください。  
 ㊼の欄は、①にわたるときは、「支給しない」と記載してください。  
 ㊽の欄は、①にわたるときは、「支給しない」と記載してください。  
 ㊾の欄は、①にわたるときは、「支給しない」と記載してください。  
 ㊿の欄は、①にわたるときは、「支給しない」と記載してください。

療養を担当した医師が証明するところ	㉔ 傷病名	胃潰瘍		
	㉕ 発病又は負傷の原因	不詳		
	㉖ 発病又は負傷の年月日	平成 00 年 00 月 00 日	㉗ 療養の給付を開始した年月日	平成 00 年 00 月 00 日
	㉘ 労務不能と認められた期間	平成 00 年 00 月 00 日から	㉙ 左の期間中の診療実日数	〇〇 日間
		平成 00 年 00 月 00 日まで		
	㉚ 傷病の主症状及び経過概要	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇		
㉛ うえの㉚の期間中に入院した期間がある場合は、その期間	平成 00 年 00 月 00 日から 平成 00 年 00 月 00 日まで	〇〇 日間	㉜ 入院の費用の別	健保 公費 自費・その他
うえのとおり相違ありません。 平成 00 年 00 月 00 日				
㉝ 住所 (所在地)		〇〇県〇〇市〇〇町2		
医師	㉞ 医療機関名	〇〇〇〇病院		
	㉟ 氏 名	〇〇 〇〇 ㊱ (印)		
		電話 〇〇〇 ( 〇〇〇 ) 〇〇〇〇		

**医師の注意**

ヨ、カ、ワ、  
 ㉔の欄は、①にわたるときは、「支給しない」と記載してください。  
 ㉕の欄は、①にわたるときは、「支給しない」と記載してください。  
 ㉖の欄は、①にわたるときは、「支給しない」と記載してください。  
 ㉗の欄は、①にわたるときは、「支給しない」と記載してください。  
 ㉘の欄は、①にわたるときは、「支給しない」と記載してください。  
 ㉙の欄は、①にわたるときは、「支給しない」と記載してください。  
 ㉚の欄は、①にわたるときは、「支給しない」と記載してください。  
 ㉛の欄は、①にわたるときは、「支給しない」と記載してください。  
 ㉜の欄は、①にわたるときは、「支給しない」と記載してください。  
 ㉝の欄は、①にわたるときは、「支給しない」と記載してください。  
 ㉞の欄は、①にわたるときは、「支給しない」と記載してください。  
 ㉟の欄は、①にわたるときは、「支給しない」と記載してください。  
 ㊱の欄は、①にわたるときは、「支給しない」と記載してください。  
 ㊲の欄は、①にわたるときは、「支給しない」と記載してください。  
 ㊳の欄は、①にわたるときは、「支給しない」と記載してください。  
 ㊴の欄は、①にわたるときは、「支給しない」と記載してください。  
 ㊵の欄は、①にわたるときは、「支給しない」と記載してください。  
 ㊶の欄は、①にわたるときは、「支給しない」と記載してください。  
 ㊷の欄は、①にわたるときは、「支給しない」と記載してください。  
 ㊸の欄は、①にわたるときは、「支給しない」と記載してください。  
 ㊹の欄は、①にわたるときは、「支給しない」と記載してください。  
 ㊺の欄は、①にわたるときは、「支給しない」と記載してください。  
 ㊻の欄は、①にわたるときは、「支給しない」と記載してください。  
 ㊼の欄は、①にわたるときは、「支給しない」と記載してください。  
 ㊽の欄は、①にわたるときは、「支給しない」と記載してください。  
 ㊾の欄は、①にわたるときは、「支給しない」と記載してください。  
 ㊿の欄は、①にわたるときは、「支給しない」と記載してください。

(共通する注意)

タ、訂正したところには、各記載者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④の印、⑲から㉒までの訂正箇所には㉑の印、㉔から㉚までの訂正箇所には㉛の印) を訂正印として押して下さい。  
 レ、印はハッキリと押し、印漏れのないようにして下さい。  
 ソ、⑱、⑲及び㉘の期間の計算は、両端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。