

請求上及び記入上の注意

①第一回目の請求のときは、出勤簿・賃金台帳の写しを添付してください。②※印のところは○で困るため、訂正したときは必ずその者（医師）の訂正印を捺印してください。③訂正したときは必ずその者（医師）の訂正印を捺印してください。④住所は、出勤簿・賃金台帳の写しを添付してください。⑤発病又は負傷の原因が他人の行為による場合は、その行為を証明する書類を添付してください。⑥本人の業務の種別は、就業規則、給与の締切日、日給・月給・日給月給・時間給・歩合・その他を記載してください。⑦労務主の証明欄に記入するときは、本人の通常給・有給出勤、家族手当、通勤手当、役付手当（その他）手当を記載してください。⑧か、休業の有無にかかわらず、業務の種別を記載してください。⑨海外で療養した等により、受給者は、年金証書又はこれに準ずる書類の写し、その額、その支給開始年月を証明する書類と、直近の額を証明する書類を添付してください。

決定伺い 令和 年 月 日
資格 取得 年 月 日 喪失 年 月 日
生年月日 年 月 日
年金受給 有 ・ 無
前回 始 年 月 日 終 年 月 日
支給額 支給期間 年 月 日から 年 月 日まで
標準報酬月額 千円
法第108条 該当支給期間 年 月 日から 年 月 日まで 1日 円 計 円 一部不支給 年 月 日から 年 月 日まで 理由

健康保険 傷病手当金請求書（第 回日）

被保険者の記入欄
健康保険被保険者証の記号 番号
被保険者の住所 〒 大正 昭和 平成 年 月 日
電話 ( ) - ( ) - ( )
事業所の名称 氏名
傷病名 発病又は負傷した状況(別紙可)
(1)いつ 令和 年 月 日 ※午前 時 分
(2)どこで 午後
(3)どんな用事で 何をしていたとき
傷病による休業期間 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで
年金(傷害年金も含む)の有無及び金額 ※ 有 ・ 無 金額 円
老人保健法による医療を受けたときは、医療受給者証の市区町村番号、受給者番号及び発行機関名
市区町村番号 受給者番号 発行機関名
事業主の証明欄
本人の通常給との種類 ※ 月給 ・ 日給 ・ 日給月給 ・ 時間給 ・ 歩合 ・ その他 本人の業務の種別 給与の締切日 日
労務に服さなかった期間 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで
左記期間対象に報酬支払したことの有無 ※ 有 ・ 無
上記の期間分として支給した報酬の内訳
※ 基本給・有給出勤 月 日 ~ 月 日 日間 円
家族手当 月 日 ~ 月 日 円
通勤手当 月 日 ~ 月 日 円
役付手当 月 日 ~ 月 日 円
(その他) 手当 月 日 ~ 月 日 円
電話 ( ) - ( ) - ( )
診療担当者の意見欄
(1) 傷病名 (2) (3)
発病又は負傷の日 (1) (2) (3)
療養の給付開始日 (1) (2) (3)
発病又は負傷の原因
労務不能と認められた期間 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで
診療実日数 日 入院期間 月 日 日間
主症状及び上記期間の病状経過(検査結果等を入れなるべく詳細に)
医療機関等の住所・名称、診療担当者の氏名及び連絡先
令和 年 月 日
電話 ( ) - ( ) - ( )
(結核性疾患の場合は安静度 度)

作成代行者
社会保険労務士
記入欄

受領委任の欄
(注)この欄は、この給付金を受け取ることをだれかに(被保険者以外に)委任するときだけ記入して下さい。
本請求に基づく給付金の受領を
住所 (又は事業所名称及び所在地)
氏名
に委任します。
被保険者氏名(委任者)

受付印

振込依頼欄
振込希望金融機関名 銀行 本店 信用金庫 支店
預金の種別 普通 ・ 当座
口座番号
預金の名義人の氏名

