

**(被保険者の
注意事項)**

1 (9) 欄は、単に事務員、工員と記入することなく、経理担当事務員、仕上工等
 2 (12) 欄は、具体的に記入して下さい。
 3 (15) 欄の入院期間(注)の期間と一致するものから注意して下さい。
 4 (13) 欄の期間内での入院したことがある場合のみ記入して下さい。
 5 ※印は不要です。

※ 支給・不支給 決議書	同年月日	年	月	日	常務理事	事務長		係
	支給額	拾万	万	千	百	拾	円	
支給決定額	支給期間	日数	日額	金額	資格喪失	療養給付開始		
	報酬平均日額	期間	理由	日間	開始	入院期間		法第46条 該不
決議書	全部不支給	期間	理由	日間	回終		被扶養者	
	一部不支給	期間	理由	日間	円	該当条文	55条・58条	照合印

健康保険 **傷病手当金請求書(その1)** (1) (第 回目)

請求者	氏名	被保険者との続柄	《住所》 《電話番号》
(2) 被保険者証の(記号)(番号)	(3) 被保険者の(社員番号)	氏名	
(5) 被保険者現住所	郵便番号	TEL	電話番号
(6) 事業所の名称所属・電話		(7) 被保険者の標準報酬月額	千円
(8) 被保険者の資格を取得した年月日	昭和 年 月 日 平成 令和	(9) 被保険者の業務の種別	
(10) 発病又は負傷の年月日	平成 令和 年 月 日	(11) 傷病名	
(12) 発病の状態又は負傷の原因を詳しく			
(13) 疾病又は負傷の療養をするため休んだ期間	平成 令和 年 月 日 から 平成 令和 年 月 日 まで	() 日間	
(14) (A) 上の(13)に書いた期間の分の報酬を受けましたか、または受けられますか	受けた ・ 受けない ・ 受けられる ・ 受けられない		
(14) (B) 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(なる)期間	年 月 日から 年 月 日まで	の分として	円
(15) (A) うえの(13)に書いた期間中に入院した期間がありますか	ある ・ な い		
(15) (B) 入院した期間がある	(ア) 病院名	(イ) 病院の所在地	
	(ウ) 入院した期間	平成 令和 年 月 日 から 平成 令和 年 月 日 まで	日間
(16) 老齢又は退職を支給事由とする年金を受給しているとき注	(エ) 老齢年金の名称	(カ) 年金コード(記号番号)	
	(オ) 基礎年金番号	(キ) 年金額	百 拾 万 千 百 拾 円
	(ク) 年金額(年額)	(ク) 受給開始年月日	昭・平・令 年 月 日

(健康保険法施行規則第五十七条)

注 ①年金証書(写し)・②支給開始年月を証明する書類・③直近の受給額がわかる書類を添付して下さい。

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
 (マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

備考欄

※郵便局の場合は下記に郵便局以外の金融機関をご記入ください。

振込口座	銀行	店	
	預金の種別	普通・当座	号
	フリガナ 預金の名義人		

受付日付印

傷病手当金請求書(その2)

(1) (第 〇〇 回目)

事業主証明上の注意

3 2 1
(24) の事業主印は、法人にあっては法人の印は不要です。
資格喪失の日後については証明する必要はありません。
欄は、該当する欄に算出記入して下さい。

事業主が証明するところ	(17) 労務に服さなかった期間	年	月	日から	年	月	日まで	日間	
	(18) 上記の期間中の分として支払う報酬関係	(19) 全額支給した期間又は支給する期間	年	月	日から	年	月	日まで	金 円 (日額) (金 円)
		(20) 一部支給した期間又は支給する期間	年	月	日から	年	月	日まで	金 円 (日額) (金 円)
	(21) 支払った報酬の内訳 (種類の該当が無い時は補記して記入)	形態	月給・日給月給・日給・歩合給・その他 () *該当の形態を○で囲む						
	種類	基本給	役付手当	通勤費	残業手当			欠勤調整	計
	月分								円
	月分								円
うえのとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 (24)									
(22) 住所 事業主 (23) 氏名 電話 () 番									

医師の注意事項

3 2 1
(32) の欄は、初診日を記載するのではなく、その傷病について健康保険による療養を始めた日を記載して下さい。
また結核性の疾病については、検察成績 安静度、赤沈値、理学的所見などを記載して下さい。

療養を担当した医師が意見を書くところ	(25) 傷病名		(26) 傷病が結核性であるか否か	結核性・非結核性						
	(27) 発病または負傷の原因									
	(28) 発病または負傷の年月日	年	月	日	(29) 療養の給付を開始した年月日	年	月	日		
	(30) 労務不能と認められた期間	年	月	日から	日間	年	月	日まで	(31) 左の期間中の診療実日数	日間
	(32) 傷病の主状態および経過概要									
	(33) 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	年	月	日から	日間	年	月	日まで	(34) 入院の費用の別	健保・自費・公費
うえのとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 (37)										
(35) 住所 医師 (36) 氏名 電話 () 番										

(共通する注意)

- ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入下さい。