

※ 支 払 給 付 決 議 書	同 年 月 日	令 和 年 月 日	決 裁 資 格	常務理事	事務長	事務次長	担当	被扶養者台帳照合印
	支 払 年 月 日	令 和 年 月 日						
	支 給 額							
支 給 内 訳	法定 款 項 目		得 喪	年 月 日	療 養	得 喪	年 月 日	
	付加			年 月 日			年 月 日	

## 健康保険 傷病手当金請求書(第 回目)

被 保 険 者 が 記 入 す る こ と を 確 認 す る	被保険者の記号・番号(左詰め)		㉞ 生 年 月 日		支給額計算		給付記録番号	受取代理人	受付年月日		
			昭平令 年 月 日		※ 1 2 3 4 5			※ 0:無 1:有			
	㉟被保険者の(フリガナ) (フリガナ) 氏 名 (氏) (名)		事業所の名称		㊦ 仕事の内容						
	被保険者の(申請者)住所		郵便番号	(フリガナ)							
			電話番号	住所							
	傷 病 名		1) 2) 3)		発病または負傷の年月日(初診日)						
	㉠発病時の状況を詳しく				㉡第三者行為によるものですか		0:いいえ 1:はい 「はい」の場合は「第三者の行為による傷病届」を提出してください。				
	㉢療養のため休んだ期間(申請期間)		年 月 日から 年 月 日まで		日間		自 至 日間				
	㉣つえのかに書いた期間の部分の報酬を受けましたか。又は受けられますか		受けた 受けない 受けられる 受けられない		報酬の支払いを受けた(受けられる)ときはその報酬の額と、その報酬支払の基礎となった(なる)期間		年 月 日から 年 月 日まで 円				
	㉤障害厚生年金又は障害手当金を受給していますか		障害厚生年金又は障害手当金の受給の原因となった傷病名		㉦基礎年金番号		いいえ・請求中・はい				
資格喪失者及び任意継続被保険者の方		㉧ 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		㉨ 年金コード又は記号番号もしくは番号		いいえ・請求中・はい 年 金 額 円					
㉩労災保険から休業補償給付を受けている間の傷病手当金の請求ですか。		いいえ 労災請求中 はい		左の欄で「労災請求中」または「はい」の方は右欄を記入してください。		請求(支給)労働基準監督署名 ※ 「はい」の方は支給決定通知書の写を添付してください。					
確認欄		この届出については、①または②の要件を満たしたものである。※☑をお願いします。 ①申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。									
※		支給回数	支給算出額(手)	調整減額コード	海外表示	特別支給コード	報酬月額	日額			
			円		0:国内 1:海外		(千円)	(円)			
		減 額 期 間	期間	自	年 月 日	至	年 月 日	日 数	金 額	円	
		全 部 不 支 給	期間	自	年 月 日	至	年 月 日	日 数			
		不 支 給 ( 法 定 外 )	期間	自	年 月 日	至	年 月 日	日 数			
受取金融機関		支 払 区 分	1:銀行振込 2:事業所経由 3:公金受取口座		預 金 種 別	普通		本店支店出張所			
		口 座 番 号			振 込 銀 行	銀行					
		口 座 名 義									
		☐ ①本請求に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。		被保険者(申請者)	日 付	年 月 日					
		事業主名称		氏 名							
		☐ ②本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。		年 月 日							
		被保険者(申請者)	住 所 氏 名	電 話 ( )							
		代理人の氏 名	フリガナ	委任者と代理人との関係		令和 年 月 日提出					
		代理人住所	〒	フリガナ							
				電 話 ( )							
		社会保険労務士の提出代行者名									
		受付印									

◎記入の方法は記入例がありますからよく読んでください。◎添付書類等については記入例に掲載してあります。必ずご覧ください。◎「※」印欄は記入しないでください。  
 ◎雇用保険受給者は、傷病手当金の支給対象外となります。◎受取代理人の欄は記入例をご確認ください。未記入の場合は返却し、再提出をお願いします。

○申請期間とその期間前一ヶ月分の賃金台帳と出勤簿（タイムカード）の写を添付してください。

事業主が証明するところ	㊸ 労務に服さなかった期間		年 月 日から 年 月 日まで		日間																											
	下の表の数字に出勤は「○」、有休は「△」、公休は「公」、欠勤は「/」でそれぞれ表示して下さい。																															
	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
	出勤 日	有	給	日	年 月 日から		年 月 日まで		日間		円																					
	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
	出勤 日	有	給	日	年 月 日から		年 月 日まで		日間		円																					
	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
	出勤 日	有	給	日	年 月 日から		年 月 日まで		日間		円																					
	給与の種類		賃金計算		締 日		支 払 日																									
	月給・日給・時間給				日		日																									
労務につかなかった期間のうちの賃金支払状況(出勤した日、有給休暇の日を除く)																																
(1) 現在までも、また将来も支給しない場合はその旨																																
(2) 全部または一部支給した(する)場合はその内訳																																
上記のとおり相違ないことを証明します						担当者氏名																										
年 月 日 事業所所在地																																
事業所名称																																
事業主氏名						電話		( )																								

療養担当者が見るところ	患者氏名																																		
	傷病名	(1)																			㊸ 療養の給付 開始年月日 (初診日)	(1)	年	月	日										
		(2)																				(2)	年	月	日										
		(3)																				(3)	年	月	日										
	発病または負傷の年月日	年 月 日		発病負傷		日間		発病または負傷の原因																											
	㊹ 労務不能と認められた期間	年 月 日から		年 月 日まで		日間		療養費用の別		健保	自費	公費	( )		その他																				
	㊺のうち入院期間	年 月 日から		年 月 日まで		日間入院		転 帰	治 癒	繰 越	中 止	転 医																							
	診療実日数	日	診療日を○で囲んでください	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
			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	
			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	
㊻ ㊺の期間中における「主たる症状および経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等(くわしく)								手術年月日	年 月 日																										
								退院年月日	年 月 日																										
症状経過からみて従来の職種について労務不能と認められた医学的な所見																																			
人工透析を実施又は人工臓器を装着したとき								人工透析を実施又は人工臓器を装着した日								年 月 日																			
								人工臓器等の種類				ア、人工肛門 イ、人工関節 ウ、人工骨頭 エ、心臓ペースメーカー																							
												オ、人工透析 カ、その他( )																							
上記のとおり相違ありません																																			
医療機関所在地																																			
年 月 日								医療機関の名称																											
								医師の氏名																											
								電話 ( )																											