

極秘

1 2

健康保険 傷病手当金・付加金請求書

被保険者 (申請者)

記入用

| | | | | | | | | | | | | |
|---|------------------------------------|---|---------------|---|--------|--------------|------------------------------|------------|---|-----|---|--|
| 被 保 険 者 （ 請 求 者 ） が 記 入 す る と こ ろ | 被保険者証の記号 | 番号 | 被保険者の氏名 (請求者) | | と生年月日 | | 昭和・平成・令和 | 年 | 月 | 日 | | |
| | 被保険者の住所及び電話番号 | 〒 | | | | 電 話 | (|) | | | | |
| | 被保険者の勤務する (していた) 事業所名 | | | | | 被保険者の職種 | | | | | | |
| | 傷 病 名 | | | | | 発病又は負傷の療養開始日 | 昭和・平成・令和 | 年 | 月 | 日 | | |
| | 発病または負傷した原因を詳しく記載してください | <small>負傷の原因が外傷等によるものであるときは、「負傷原因届」を添付してください 負傷の原因が第三者行為によるものであるときは、「第三者行為による負傷疾病届」を添付してください</small> | | | | | | | | | | |
| | 療養のため休んだ期間 (請求期間) | 平成 令和 | 年 | 月 | 日から | 日間 | 左記の期間に報酬を受けましたか、または今後受けられますか | 受けた・受けていない | <input type="checkbox"/> 今後受ける <input type="checkbox"/> 今後受けない | | | |
| | 報酬の支払を「受けた(今後受ける)」ときは、その報酬の額と、その期間 | | 平・令 | 年 | 月 | 日から | 平・令 | 年 | 月 | 日まで | 円 | |
| | 資格喪失者及び任意継続者の方 | 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 | はい | | | | ・ | 請求中 | ・ | いいえ | | |
| | | 基礎年金番号・年金コード | | | | | | | | | | |
| | | 年金額 | | | | | 年 額 | 円 | | | | |
| | 障害厚生年金又は障害手当金を受給していますか | はい (障害厚生年金・障害手当金) | | | | ・ | 請求中 | ・ | いいえ | | | |
| | 「はい」または「請求中」のときは、要因となった (なる) 傷病名 | 傷 病 名 : | | | | | | | | | | |
| | 基礎年金番号・年金コード | | | | | | | | | | | |
| 今回の請求は労災保険から休業補償給付を受けている期間のものですか | はい | | | | ・ | 労災請求中 | ・ | いいえ | | | | |
| 「はい」又は「労災請求中」のときは、支給元 (請求先) の労基署を記載してください | 労働基準監督署 | | | | | | | | | | | |
| 介護保険サービスを受けたとき | 保険者名称 | | 保険者番号 | | 被保険者番号 | | | | | | | |
| 備考欄 | | | | | | | | | | | | |

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより請求する場合は「備考欄」に記入してください。この場合、事業主から出勤状況等の「事業主が証明するところ」の記載を受けた後、再度事業主から受取り、個人番号確認と本人を確認するための書類を添えて、被保険者が直接健康保険組合に送付する必要があります。

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------|---|--|--|--|--------------|-------|--|--|--|------|-------|------|--|--|--|--|--|--|
| 金 振 込 機 関 先 | 金融機関コード | | | | | 本支店番号 | | | | 預金種別 | 普通・当座 | 口座番号 | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 組合 | | <input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 | | 口座名義人 (カタカナ) | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|----------------------------|--|----|---|---|---|-------|---------|------------|---|---|-----------------------|
| 受 取 代 理 人 欄 | 当請求に基づく給付金に関する権限を代理人に委任します。 ※委任をしない場合はこの欄の記入は不要です。 | | | | | | | | | | 受 付 日 付 印 |
| | 被保険者 (請求者) の氏名と印 | 令和 | 年 | 月 | 日 | 代理人住所 | 代理人氏名と印 | 代理人連絡先 電 話 | (|) | |

社会保険労務士記載欄

健康保険 傷病手当金・付加金請求書

事業主
療養担当者

記入用

| | | | | | | |
|-----------------------------|-----------------------|--|----------------|------------------|----|----|
| 事業主が証明するところ | 被保険者氏名 | 被保険者 記号番号 | | - | | |
| | 被保険者が労務に服さなかった期間 | 平・令 年 月 日から 平・令 年 月 日まで | 日間 | 出勤 | 有給 | 欠勤 |
| | 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 | | 日 | 日 | 日 |
| | 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 | | 日 | 日 | 日 |
| | 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 | | 日 | 日 | 日 |
| | 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 | | 日 | 日 | 日 |
| | 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 | | 日 | 日 | 日 |
| | 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 | | 日 | 日 | 日 |
| | 労務に服さなかった期間に対する賃金支給状況 | <input type="checkbox"/> 現在まで、または将来も、支給しない <input type="checkbox"/> 全部または一部支給した（する） | | | | |
| | 賃金形態 | <input type="checkbox"/> 月給 ・ <input type="checkbox"/> 日給月給 ・ <input type="checkbox"/> 日給 ・ <input type="checkbox"/> 時間給 ・ <input type="checkbox"/> その他（ ） | | | | |
| 賃金締日・支払日 | 締切日： 毎月 日締 | | 支払日： 当月・翌月 日支払 | | | |
| 労務に服さなかった期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況 | | | | 賃金計算方法（欠勤控除・時給等） | | |
| 基本給 | 年 月 日から 年 月 日まで | | 円 | | | |
| | (年 月 日支払) | | (日額 円) | | | |
| 手当 | 年 月 日から 年 月 日まで | | 円 | | | |
| | (年 月 日支払) | | (日額 円) | | | |
| 手当 | 年 月 日から 年 月 日まで | | 円 | | | |
| | (年 月 日支払) | | (日額 円) | | | |
| 上記のとおり相違ないことを証明します。 | | | | 担当者 | | |
| 事業所所在地 | 〒 | 令和 年 月 日 | 氏名 | | | |
| 事業所名称 | | | | | | |
| 事業主氏名 | 電話 () | | | | | |

第1回目請求分には労務に服することができなかった期間を含む出勤簿（タイムカード）の写しと賃金台帳の写しを添付してください。

勤務状況は【出勤は○】、【有給は△】、【公休は公】、【欠勤は/】で表示してください。

| | | | | |
|----------------|------------------------------|----------------------------|----------------|----------------------------|
| 療養担当者が意見を書くところ | 患者氏名 | 患者生年月日 | 昭・平・令 年 月 日 | |
| | 傷病名 | 発病又は負傷の年月日 | 昭和 平成 令和 年 月 日 | |
| | 発病の状態又は負傷の原因 | 療養の給付開始年月日 | 昭和 平成 令和 年 月 日 | |
| | 労務不能と認められた期間 | 平・令 年 月 日から 平・令 年 月 日まで 日間 | 左の期間における入院期間 | 平・令 年 月 日から 平・令 年 月 日まで 日間 |
| | 上記労務不能と認められた期間中の診療実日数 | 日間 | 就労可能予定年月日 | 平成・令和 年 月 日頃 |
| | ※労務不能と認められた症状について詳しく記載してください | | | |
| 上記のとおり相違ありません。 | | | | |
| 医療機関の所在地 | 令和 年 月 日 | | | |
| 医療機関の名称 | | | | |
| 医師の氏名 | 電話 () | | | |