



健保組合	担当者

事業所	所属長	担当者

受付印

健保が記入するところ	支給金額							前回迄の支給期間	H・R 年 月 日から H・R 年 月 日まで
	支給期間	H・R 年 月 日から H・R 年 月 日まで ( 日間)					支給決定額	法定	円× 日 = 円
		付加給付	円× 日 = 円						

傷病手当金・傷病手当付加金請求書 (第 回)

被 保 険 者 の 請 求 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の記号・番号	—		被保険者氏名					
	被保険者の住所・TEL	〒 — (TEL — — )							
	事業所名称								
	被保険者の職業の種類・内容	(作業を含む仕事の場合、体のどこに負担がかかるのかも詳しくご記入下さい。)							
	傷病名								
	発病(負傷)した日	令和 年 月 日 時頃	<input type="checkbox"/> 出勤日である <input type="checkbox"/> 出勤日でない						
	傷病の原因	<input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> 工作中 <input type="checkbox"/> 通勤途上 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 加害者あり <input type="checkbox"/> 自分の不注意 <input type="checkbox"/> その他 ( )							
	及び症状の説明	※工作中、通勤途上、交通事故、加害者による負傷の場合は、必ず健保組合と勤務先にご連絡下さい。 (傷病の原因、及びいつ頃からどのような症状なのかを詳しくご記入下さい。)							
	労務に服することができなかった期間	平成 年 月 日から 令和	平成 年 月 日まで ( 日間) 令和						
	上記期間の報酬がある期間と報酬金額	平成 年 月 日から 令和	平成 年 月 日まで ( 日間) 令和	報酬金額 円					
受診している医療機関	医療機関名								
	所在地								
・障害年金 ・障害手当金 ・老齢厚生年金	受給の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	年金の種別	<input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 障害手当金 <input type="checkbox"/> 老齢厚生年金					
上記、受給内容確認	年金額	円	年金取得認定日	年 月 日					
	傷病名			証書番号					

※傷病手当金は1カ月ごとに医師に証明をいただき請求して下さい。  
 ※障害年金、障害手当金、老齢厚生年金を受給されている場合は、次の書類の写しを添付して下さい。  
 ◎障害年金や障害手当金の場合  
 ①障害厚生年金(障害基礎年金)証書②直近の支払通知書③身体障害者手帳(病名記載頁)  
 ◎老齢厚生年金の場合  
 ①老齢厚生年金証書 ②直近の支払通知書

事業主が証明するところ	労務に服さなかった期間	平成令和 年 月 日 から 平成令和 年 月 日まで ( 日間)																																	
	上記の期間で報酬があった期間及び支給内容	平成令和 年 月 日 から 平成令和 年 月 日まで ( 日間)																																	
	支給状況	支給金額 円																																	
	<input type="checkbox"/> 支給しない <input type="checkbox"/> 全額支給済 <input type="checkbox"/> 一部支給 ( ) 補償 <input type="checkbox"/> 後日全額支給予定: 月 日頃 <input type="checkbox"/> 後日一部支給予定: 月 日頃	報酬の支給形態	<input type="checkbox"/> 月給制 <input type="checkbox"/> 日給月給制 <input type="checkbox"/> 日給制 <input type="checkbox"/> 時間給制 <input type="checkbox"/> 他( )																																
	復職(予定)年月日	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 復職 <input type="checkbox"/> 復職予定																																
	労務に服さなかった期間中の休業月日	<table border="1"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td> </tr> <tr> <td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td><td></td> </tr> </table>	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		傷病が 出産に 関わる 場合 分娩予定日: 令和 年 月 日 分娩日: 令和 年 月 日
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																					
	○印: 全額給料有り	月中																																	
	△印: 一部給料有り	月中																																	
	×印: 給料無し	月中																																	
	上記の通り相違ないことを証明します。		令和 年 月 日																																
	事業所所在地 事業所名称 事業主																																		

※訂正される場合は、事業主の印が必要です。

療養担当の医師が意見を記入するところ	傷病名	診療開始日	令和 年 月 日
		転帰	<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 転医 <input type="checkbox"/> 治癒 ( 月 日 )
	発病または負傷の原因	発病または負傷の日	年 月 日
	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 ( 日間)	
	上記期間での診療実日数 (外来日数+入院日数)	日	⇒診療実日数が0日の場合は、近日の受診日を記入して下さい。 年 月 日
	主症状および経過概要	(労務不能期間について、本来の業務と同等の業務に、たえうるか否かを標準にして詳しくご記入下さい。)	
	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		
	上記の通り相違ないことを証明します。		令和 年 月 日
	医療機関等の所在地 医療機関等の名称 医師の氏名		
	(TEL - - )		

※訂正される場合は、医師の印が必要です。

※医療機関等の所在地・名称については、ゴム印を押印してもらって下さい。