

## 傷病手当金請求書 ( 1 回目)

被保険者(申請者)記入用

①/③

申請者の記入するところ	被保険者証の 記号・番号	× ×	× × × ×	事業所名 (会社名)	× × × × 株式会社		
	被保険者の 氏名	(フリガナ) ケンボ タロウ	健保 太郎		生年 月日	昭和 平成 × × 年 × × 月 × × 日	
	被保険者の 現住所	〒 × × × - × × × ×		東京都 × × × ×	電話番 号	× × - × × × × - × × × ×	
		東京 × × × ×		× - × - ×	E-mail	× × × × @ × × . × × . × ×	
	被保険者の 資格を取得 した日	昭和 平成 × × 年 4 月 1 日	令和	被保険者の 具体的な 仕事内容	営業職		
当健保加入から初回の請求日までの期間が1年半を経過していない方は、当健保加入前の健保状況(1年半全て)をご記入ください。							
期間①	平成・令和 × × 年 × × 月 × × 日	平成・令和 × × 年 7 月 31 日	健保名	被保険者・被扶養者・ <b>国保</b> ・その他( ) 国民健康保険			
期間②	平成・令和 × × 年 8 月 1 日	平成・令和 × × 年 12 月 31 日	健保名	被保険者・ <b>被扶養者</b> ・国保・その他( ) おひさま健康保険組合			
期間③	平成・令和 × × 年 1 月 1 日	平成・令和 × × 年 3 月 31 日	健保名	<b>被保険者</b> ・被扶養者・国保・その他( ) すこやか健康保険組合			

初回の傷病手当金を請求する場合は、別途、当健保ホームページにあります「同意書」の添付が必要です。  
該当する場合は「同意書」を添付のうえ右記へチェックを入れて下さい。



申請者の記入するところ	発病又は 負傷年月日	平成 令和 × × 年 × × 月 × × 日	第三者行為に よるものですか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ 第三者行為:交通事故やけんか等		
	傷病名	腎結石症		詳しくご記入ください。 空きスペースがない場合は、別紙にご記入いただいても構いません。		
	発病時の状況 または負傷の原因 を詳しくご記入 ください。	今年の3月に背中が痛くなり、3月下旬に病院へ受診。 上記の傷病名が診断された。4月初旬に入院し、現在も月1回病院へ通っています。				
	傷病の療養 のために 休んだ期間 (請求期間)	平成 令和 × × 年 5 月 1 日 から	平成 令和 × × 年 5 月 31 日 まで	31 日間		
	上記請求期間に 報酬を受けましたか。 または今後受けられますか	<input checked="" type="checkbox"/> 受けた/今後受ける		<input type="checkbox"/> 受けていない/今後も受けない		
	業務上/通勤途上による傷病、 負傷の場合、「労災保険」を 受給していますか	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 労災申請中	<input type="checkbox"/> 検討中	
	「障害厚生年金」または 「障害手当金」を 受給していますか	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 申請中	<input type="checkbox"/> 検討中	<input type="checkbox"/> 障害厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害手当金
	「障害厚生年金」または 「障害手当金」を受給、 また請求中の場合	基礎 年金番号	支給 開始日	年	月	日
		受給要因 の傷病名	年金額	円		
	振込先口座	金融 機関名	× × × 銀行		支店名	豊洲支店
被保険者以外への支 給には、「給付金受領 委任状」が必要です	口座 番号	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	No. × × × × × × × ×	フリガナ	ケンボ タロウ	
				名義	健保 太郎	

備考欄

上記のとおり申請いたします

提出日

令和

× × 年

6 月

5 日

# 傷病手当金請求書

事業主記入用

労務に服さなかった期間を含む賃金計算期間の支払状況等をご記入ください。

②/③

記号・番号	××	××××				
被保険者名	健保 太郎					
労務に服さなかった期間	平成 令和	××年	5月	1日	から	31日間
	平成 令和	××年	5月	31日	まで	
上記期間に対し、給与を支給しました(します)か?	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	給与の種類	月給	日給	時間給
				締日	末日	支給日
						当月 25日 翌月
事業主が証明するところ 支給した(する)賃金内訳	給与項目	給与支給月	給与計算対象期間			支給額
	通勤手当	1月	R6/1/1~6/30			60,000円
	通勤手当	4月	4月30日解約 (5/1~6/30分)			▲8,000円
	基本給	5月	5/1~5/31			210,000円
	確定拠出前払	6月	5/1~5/31			1,860円
	欠勤控除	6月	5/1~5/31			▲150,000円
賃金(欠勤控除等)計算方法をご記入ください	欠勤控除: ¥210,000(基本給) ÷ 21日 × 15日 例) 欠勤控除 = 基本給 ÷ 155 × (欠勤日数 × 7.66) ÷ 2					
上記のとおり相違ないことを証明します	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)をご記入ください。					
	令和 ××年 6月 11日					
事業主 住所	事業所印					
氏名						

●労務に服さなかった期間の給与明細及び勤怠を添付ください。

社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄

# 傷病手当金請求書

療養担当医記入用

③/③

患者名	健保 太郎		傷病名	腎結石症																												
発病または負傷年月日	××年	××月	××日	療養給付開始日(初診日)	××年 ××月 ××日																											
発病または負傷の原因	×××××																															
労務不能と認められた期間	平成 令和	××年	5月	1日	から 平成 令和	年	5月	31日	まで	31	日間																					
上記期間のうち入院期間	平成 令和	年	月	日	から 平成 令和	年	月	日	まで		日間																					
診療実日数 ※入院期間を含む	3日																															
診療日及び入院していた日を○で囲ってください。	5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
「労務不能と認められた期間」後に診療した日がある場合は、その日にちをご記入ください。	最終診療日		平成 令和	××年	6月	2日																										
(※)期間中の「主たる症状および経過」「治療内容」「療養指導」など	×××××		<div style="border: 2px solid red; padding: 10px;"> <p><b>【ご注意】</b> 「療養担当医記入用」のページについて、傷病名等の記載がございますので、傷病手当金請求書を事業所へご提出する際は、記載内容が見えないように、この用紙のみ別途封筒に入れてご提出いただけます。</p> </div>																													
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	×××××																															
上記のとおり相違ないことを証明します	<div style="border: 2px solid red; padding: 10px;"> <p>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)をご記入ください。</p> </div>																															
医療機関	住所	令和 ××年 6月 2日																														
名称	療養担当医印																															
医師	氏名																															

**【療養担当医の方へ】**  
 ・「労務不能と認められた期間」・・・初診日から最終診療日までの期間のうち、今回の傷病手当金請求書に対する労務不能と認められた期間をご記入ください。  
 ・記入欄が不足する場合は、当ページをコピーしてご記入ください。