健康保険　傷病手当金・傷病手当付加金請求書　No.①

被保険者が記入するところ

請求回数は？ (最終回は理由にも○をして下さい)	・第１回目(初回)の請求　・第（　　）回目の請求 ・最終回の請求（・傷病が治癒し労務可能となる為。　・支給期間満了である。）		
被保険者の記号・番号	－	被保険者の氏名	
被保険(請求者)の住所とTEL	〒□□□ - □□□□　TEL　　－　　－		
事業所の名称		業務の職種	
傷病名		発病又は負傷年月日	平成・令和　年　月　日
発病の状態又は負傷の原因を詳しく記入 (負傷の場合どこで何をしようとしてどのようにして負傷したかを記入。)			
疾病又は負傷の療養をする為に休んだ期間	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで　日間	第三者の行為によるものであるか？	・はい　・いいえ
上記休んだ期間に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		
老齢退職年金・障害厚生年金、手当金についてお答え下さい.	・受けている・受けない・受けられる・受けられない		
上記年金等を受けていると答えた方は受給している年金について、下記項目に必ず記入の事。			
年金受給時の種類	・老齢退職年金 ・障害厚生年金・手当金	年　月から受給	証書の記号・番号
年金・手当金受給月額	円	障害厚生年金・手当金受給時の傷病名	
退職後の請求の場合、雇用保険を延長していますか？	・延長している・延長の予定・受給しない・その他		
受取金融機関	銀行　支店	普通預金口座番号	
	被保険者（請求者）の口座名義	フリガナ	
	ゆうちょ銀行を指定の場合は必ず他の銀行から振込みできる支店名(数字３ケタ)と口座番号を記入のこと		

前回請求時と住所、年金、受取金融機関等に変更がある。　（　・はい　　・いいえ　）

健保組合が記入するところ

前回までの支給期間	今回の支給期間	支給日数	支給回数
自　年　月　日 至　年　月　日	自　年　月　日から 至　年　月　日まで　日間	日	回目

標準報酬月額及び日額		給付事項	給付日数×日数	給付決定額
千円	円	法定給付(2/3)	× ×	
資格取得　年　月　日		付加給付(1/30)	× ×	
資格喪失　年　月　日		合計給付額		

受付印	支払印	常務理事	事務長	会計	給付	備考

令和３年１２月改訂

No.②（傷病手当

療養を担当した医師に証明を受けるところ

患者名		発病又は負傷の年月日	平成・令和　年　月　日
傷病名		療養の給付を開始した日	平成・令和　年　月　日
発病又は負傷の原因			
労務不能と認めた期間	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで　日間	左の期間中の診療実日数	日間
傷病の主状態および経過概要			
転帰	治癒　繰越　中止　転医	労務可能見込年月日	令和　年　月　日頃
上記期間中に入院した期間	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで　日間	入院の費用の別	健保　自費 公費　その他

うえのとおり相違ありません。

令和　年　月　日

医師　住所（所在地）
医療機関名
氏名　印

TEL　－　－

事業主が証明するところ

労務に服さなかった期間	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで　日間	・退職日以降の期間は証明は不要です。 ・この期間の詳細を下記に表示して下さい。

出勤日は ○、　有給は △、　公休日は □、　欠勤は ／、　期間外は － で表示下さい。（鉛筆書不可）

			出勤	有給
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	計		
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			
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			
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			
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

うえのとおり相違ありません。

令和　年　月　日

事業主　住所（所在地）
事業所名称
事業主氏名

TEL　－　－