

健康保険傷病手当金請求書 (第 回目)

被 保 者 記 入 欄	(1) 被保険者証の	記 号	番 号	
	(2) 被保険者の	氏 名	(3) 仕事の 具体的な 内 容	
		生年月日		昭・平 年 月 日
	(4) 傷 病 名	(5) 資格を取得した年月日		昭・平・令 年 月 日
		(6) 発病又は負傷の年月日		昭・平・令 年 月 日
	(7) 発病又は負傷の原因			
	(8) 労務に服することができなかった期間(請求期間)	平成・令和 年 月 日 から	平成・令和 年 月 日 まで	日間
	(9) 上記期間の報酬の全部又は一部を受けたとき、又は受けることができるときは、その報酬額及び期間	平成・令和 年 月 日 から	平成・令和 年 月 日 まで	日間
		受けた報酬額 受けることができる報酬額		円 円
	(10) 障害年金(障害年金を受けるときは、障害年金受給開始年月日)	(7) 年金の種別 (該当する方に○)	障害年金 障害手当金	(イ) 年金額 円
(エ) 年金受給開始年月日		昭・平・令 年 月 日	(オ) 障害年金証書の 記号番号	
資格喪失者 および 任意継続 被保険者 <small>*別紙【注意事項】参照</small>	(ハ)雇用保険(失業保険)を受給していますか		はい・請求中・いいえ	
	(ニ)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	
	(ホ)基礎年金番号・年金コード		年 金 額	
	合 計 額		円	
(11) 報酬振込口座 (振込希望の銀行)	銀行 支店	普通 当座 No.	口座 名義人	
(12) 私は、貴健康保険組合に本手当金を請求するにあたり、下記事項を確約するとともに、万一、申請内容と相違する事が判明したときには、健康保険法第119～121条の規程により支給の一部又は全部を停止されることに同意致します。 また、判明した内容により既に受給した給付金を返還しなければならなくなった場合は、貴健康保険組合からの請求に応じ傷病手当金を速やかに返還することを誓約のうえ、上記のとおり請求します。				
1. 傷病手当金受給中に、厚生年金法による障害年金(障害手当金)及び老齢厚生年金の支給が決定したときは遅滞なく貴組合に連絡します。				
2. 退職後の傷病手当金を請求する際は、労務の対象としての報酬の全部又は一部を受けた場合、支給調整されることを認識し、貴組合に遅滞なくその報酬等について報告致します。				
		令和 年 月 日		
〒		電話 ()		
住所 被保険者のフリガナ 氏名		(印)		
(被保険者死亡の場合のみ)				
		〒	電話 ()	
住所 請求者のフリガナ 氏名		(実印)		

事業主証明欄	(13) 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 期間中 の 分 支 払 報 酬 関 係	(ア) 全額支給した 場合、 又は支給 する 場合	平成・令和 年 月 日 から 金 円 の分として 平成・令和 年 月 日 まで (月 日支払) 金 円
		(イ) 一部支給した 場合、 又は支給 する 場合	平成・令和 年 月 日 から 金 円 の分として 平成・令和 年 月 日 まで (月 日支払) 金 円
		(ウ) 現在までも 又、将来も 支給しない 場合は、その旨	
	(15) 被保険者の現況		
(16) 上記のとおり相違ないことを証明します。	令和 年 月 日 所在地 事業主の名称 代表者名 (職印)		

療養を担当した医師の証明欄	(17) 傷病名	(1つの傷病で労務不能な場合はその病名のみを、複数の傷病によって労務不能な場合はそれらの病名を記載して下さい。)			
	(18) 発病又は負傷の原因				
	(19) 発病又は負傷の年月日	平成・令和 年 月 日	(20) 診療を開始した年月日	平成・令和 年 月 日	
	(21) 労務不能と認められた期間	平成・令和 年 月 日 から 平成・令和 年 月 日 まで	日間	(22) 左記期間中の診療実日数	日間
	(23) 上記(21)期間中に入院した期間がある場合はその期間	平成・令和 年 月 日 から 平成・令和 年 月 日 まで	日間		
	(24) 傷病の主症状および経過概要				
	(25) 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				
	(26) 人工透析を実施または人工臓器を装着したとき	人工透析開始日または人工臓器装着日	平成・令和 年 月 日		
		人工臓器等の種類	ア. 人工肛門 イ. 人工関節 ウ. 人工骨髄 エ. 心臓ペースメーカー オ. 人工透析 カ. その他《 》		
	(27) 上記(17)傷病あるいは関連疾病の障害について	ア. 障害者認定あり → 認定年月日:平成・令和 年 月 日、障害等級: 級 イ. 障害者認定なし → 申請《 検討中・申請中・対象外 》			
(28) 労務復帰予定	令和 年 月 日				
(29) 上記のとおり相違ないことを証明します。	令和 年 月 日 医療機関の所在地 名称 電話 医師名 (印)				

被保険者名