

常務理事	事務長	係
------	-----	---

記入見本

受付日付印

必ず捺印してください。

健康保険傷病手当金請求書

(第 回)

①被保険者証の記号番号	記号 3	②被保険者の氏名と印	日興太郎	印		
	番号 123456	③生年月日	昭和・平成 52年 8月 5日			
④被保険者の現住所	〒 343-0123 埼玉県 ○○市△△町 6-5		⑤被保険者の資格を取得した日	昭(平)令 14年 4月 1日		
⑥被保険者の勤務する事業所	SMB C 日興証券 株式会社 ○○支店 店・部 電話 03 (5566) ×××番		⑦被保険者の標準報酬月額	※健保記入欄 千円		
⑧傷病名	病名は詳細に記入してください。	⑨被保険者の業務の種別	F A (契約B) 営業	⑩発病又は負傷の年月日	平(令) 30年 4月 10日	
社員の方は休職開始日、F A・オペレーター・契約社員の方は欠勤開始日等、報酬の出なくなった日からご記入ください。なるべく、ひと月単位でご記入ください。			⑪第3者の行為によるものですか	いいえ・はい		
⑫疾病又は負傷の療養をするため、休んだ期間(支給期間)	令和 1年 5月 10日 から 22日間		令和 1年 5月 31日 まで			
⑬うえの⑫に書いた期間の分の報酬(賃金)を⑪⑫欄の記入についてF A・オペレーター契約社員の方は報酬とみなされる金額が発生する場合がありますので、健保組合にご相談のうえ、ご記入ください。 の基礎になった(なる)期間	受けた・受けない・受けられる・受けられない		年月日から令和年月日までの分として 円			
	年月日から令和年月日までの分として 円		年月日から令和年月日までの分として 円			
⑭障害厚生年金又は障害手当金を受給していますか	○○基礎年金番号	左の受給の原因となった傷病名				
いいえ・請求中・はい						
⑮老人保健法の医療を受けたとき	市町村番号	受給者番号	発行機関名			
⑯介護保険法のサービスを受けたとき	保険者番号	被保険者番号	保険者名称			
任意継続被保険者・ 資格喪失者の方	⑰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 いいえ・請求中・はい	年金コード又は番号	年金額			
⑲支払指定金融機関 (郵便局は不可)	銀行名 ○○銀行	支店名 △△支店				
	預金種別(どちらかに○) 普通	口座番号 2345678	口座名義人(フリガナ) ニッコウ タロウ	日興太郎		

※別欄記入上の注意をよくお読みください。

事業主が証明する欄	⑯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
	⑰全額支給した場合 または支給する場合	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 円(日額) 円
	⑱うえの期間中の分として支払う報酬関係	⑱一部支給した場合 または支給する場合 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 円(日額) 円
		⑱現在までにもまた将来も支給しない場合はその旨
うえのとおり相違ないことを証明します。		
事業主	住所 〒 氏名	月 日 印
この欄は、本人が記入せず、事業主に記入してもらってください。請求期間に報酬(交通費他諸手当を含む)が発生する場合は、事業主の方は健保組合へご相談ください。		
電話 () 番		

療養を担当した医師が意見を書くところ	⑯傷病名				
	⑰発病又は負傷の原因				
	⑱発病又は負傷の年月日	平・令 年 月 日	⑲療養の給付を開始した年月日	平・令 年 月 日	
	⑲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	⑳左の期間中の診療実日数	日間
	㉑傷病の主状態及び経過概要(詳しく)				
	㉒うえの期間中に入院した期間がある場合はその期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	日間	㉓入院の費用の別	健保・公費 自費・その他
	うえのとおり相違ありません。				
	医師	住所(所在地) 〒 氏名	令和 年 月 日 印	電話 () 番	
この欄は本人が記入せず、主治医の方に記入してもらってください。					

健保使用欄	全額支給期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	日間	
	減額期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	日間	円減額
	不支給期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	日間	円減額
	理由			

