

# 健康保険 傷病手当金請求書(第 回)

	被保険者証の記号・番号	③ 被保険者(申請者)の氏名	(フリガナ)		④被保険者の生年月日				
	①	②			昭和	年	月	日	
					平成				
被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	⑤ 被保険者(申請者)の住所等	〒 (フリガナ) TEL ( )			基礎年金番号				
	⑥ 事業所名称			⑦ 仕事の具体的な内容	備考				
	⑧ 傷病名			⑨ 初診日	平・令	年	月	日	
	⑩ 発病時および負傷の状況をくわしく記入してください。					⑪ 第三者行為によるものですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」のときは第三者行為の傷病届を提出してください			
	⑫ 療養のため休んだ期間(申請期間)	令和 年 月 日 から		令和 年 月 日まで		日間			
	⑬ 上記⑫の療養のために休んだ期間(申請期間)の報酬を受けましたか。または、今後受けられますか。				<input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 今後受ける <input type="checkbox"/> 今後受けない				
	⑭ 「障害厚生年金」または「障害手当金」を受給していますか。 上記で「はい」または「請求中」と回答された場合、受給の原因となった(なる)傷病名を記入してください。				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 請求中 「はい」のときは年金証書の写および年金振込通知書等を添付してください。				
	上記で「はい」と回答された場合、基礎年金番号、年金コード、支給開始年月日、年金額を記入してください。「請求中」と回答された場合は、基礎年金番号のみ記入してください。				基礎年金番号	年金コード	支給開始年月日	年金額	
	⑮ 資格喪失した方で老齢または退職を事由とする公的年金を受給していますか。 上記で「はい」と回答された場合、基礎年金番号、年金コード、支給開始年月日、年金額を記入してください。「請求中」と回答された場合は、基礎年金番号のみ記入してください。				基礎年金番号	年金コード	支給開始年月日	年金額	
						昭・平・令	年 月 日	円	
⑯ 労災保険から休業(補償)給付を受けている期間の傷病手当金の申請ですか。					<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 労災請求中				
⑰ 上記⑯で「はい」または「労災請求中」と答えた場合、支給元または請求先の労働基準監督署名を記入してください。					支給(請求)労働基準監督署名 労働基準監督署				
⑱ 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				

⑲ 給付金の振込口座等 (※在職中の方は、事業所に振り込みますので記載の必要はありません。)

金 融 機 関	銀行 信用金庫		預金種目	口座名義(カタカナで記入してください)					
	信用組合 農協			<input type="checkbox"/> 普通(総合口座)					
	労働金庫		<input type="checkbox"/> 当座		口座番号(右づめで記入してください)				
	本店	支店		出張所	店番号(3ケタ)				

社会保険労務士記載欄	
------------	--

令和 年 月 日提出  
受 付 日 付 印

- ・労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間の勤務状況および賃金支払状況等を記入してください。
- ・また、その期間を含む賃金計算期間とその1ヵ月前の賃金台帳と出勤簿(タイムカード等)の写しを添付してください。

事業主が証明するところ	記号		番号		氏名																																
	1. 給与の種類	<input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 年俸 <input type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> 歩合給 <input type="checkbox"/> その他( )																																			
	2. 賃金計算	締日	日	支払日	<input type="checkbox"/> 当月    日 <input type="checkbox"/> 翌月    日	備考																															
	3. 申請期間に対して、賃金を支給しました(します)か。 (「はい」の場合は別紙の報酬支払明細書に記入してください。)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ																																			
	4. 勤務状況 出勤は○で、有給は△で、欠勤は/で、公休日は公で、それぞれ記入してください。						出勤	有給																													
	令和	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	日	日
	令和	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	日	日
	令和	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	日	日
	令和	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	日	日
	事業所所在地						上記のとおり相違ないことを証明いたします。																														
事業所名称						令和 年 月 日																															
事業主氏名						電話 ( )																															

療養担当者が意見を記入するところ	⑦ 患者氏名			⑧ 診療実日数の記入例 □年△月 1,3日受診 2日間	年 月 日 1 2 3 4 5
	⑨ 傷病名	1)	⑩ 療養の給付	1) 昭・平・令 年 月 日	
		2)	⑪ 開始年月日	2) 昭・平・令 年 月 日	
	⑫ 発症または負傷年月日	昭・平・令 年 月 日	⑬ 発病負傷	⑭ 療養費用の別	<input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> 公費 <input type="checkbox"/> その他
	⑮ 発症または負傷の原因				
	⑯ 労務不能と認められた期間	令和 年 月 日 から 日間 令和 年 月 日 まで	⑰ 左記期間中の入院期間	令和 年 月 日 から 日間 令和 年 月 日 まで	入院
	⑱ 診療実日数	年 月 日	診療日の下に○をつけてください	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 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	
		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	
		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	
⑲ ⑯の期間における「主たる症状および経過」・「治療内容、検査結果、療養指導」等をくわしく記入してください。					
⑳ 症状経過からみて休業前に就いていた職業(本人記載欄の⑦)について、⑯の期間が労務不能と認められた医学的所見をくわしく記入してください。					
人工透析を実施または人工臓器を装着したとき	人工臓器等の種類	ア. 人工肛門 オ. 人工透析	イ. 人工関節 カ. その他( )	ウ. 人工骨頭	エ. 心臓ペースメーカー
医療機関所在地	上記のとおり相違ありません。				
医療機関の名称	令和 年 月 日				
医師の氏名	電話 ( )				

中央ラジオ・テレビ健康保険組合 殿

## 傷病手当金に係る同意書

健康保険法に基づく傷病手当金の支給決定を行うにあたり、貴組合が関係機関に対して照会を行うこと、また、関係機関が照会の回答をすることに同意いたします。

※関係機関とは、事業所、医療機関、調剤薬局、公的機関等を指します。

令和 年 月 日

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

連 絡 先 \_\_\_\_\_

以 上