記入見本

健康保険　傷病手当金請求書（第　　回）

被保険者が記入するところ

被保険者等記号・番号		③被保険者（申請者）の氏名	（フリガナ）　ケ ン ポ　タ ロ ウ	④被保険者の生年月日			
① 1 2 3	② 4 5 6 7		健保　太郎	昭和（○）平成	年 5 5	月 5	日 5
⑤被保険者（申請者）の住所	〒 123 － 3456 東京都目黒区〇〇〇－〇〇-〇〇 TEL 〇〇（〇〇〇〇）〇〇〇〇			基礎年金番号 0000－000000			
⑥事業所名称	㈱ 〇〇〇〇〇〇	⑦仕事の具体的な内容	経理担当事務	備　考			
⑧傷病名	鎖骨骨折	⑨初診日	令和 〇〇 年 〇 月 〇〇 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。 休日、友人たちとスキーに出かけた際、スキー場で転倒し、骨折した				⑪ 第三者行為によるものですか ☐ はい　☑ 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 〇〇 年 2 月 4 日 から 令和 〇〇 年 2 月 2 4 日 まで 2 1 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。	☑ 受けた　☐ 受けていない　☐ 今後受ける　☐ 今後も受けない						
⑭「障害厚生年金」または「障害手当金」を受給していますか。	☐ はい　☑ いいえ　☐ 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」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。	傷病名						
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			
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。	☐ はい　☐ いいえ　☐ 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			
			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。	☐ はい　☐ いいえ　☐ 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 信用組合　農協 労働金庫	預金種目	口座名義（カタカナで記入してください）
	本店 支店 出張所	店番号（3ケタ）	☐ 普通（総合口座） ☐ 当座	口座番号（右づめで記入してください）

令和 0 年 0 月 0 日提出

受付日付印

社会保険労務士記載欄	

・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	1 2 3	番号	4 5 6 7	氏名	健保 太郎

1. 給与の種類　☑ 月給　☐ 日給　☐ 年俸　☐ 日給月給　☐ 時間給　☐ 歩合給　☐ その他（　　）

2. 賃金計算　締日　　末　日　支払日　☑ 当月　25　日　☐ 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　☐ いいえ
（「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。）

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。

	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	出勤	有給
令和 ○○年 2月	○	公	公	△	/	/	/	/	公	公	公	/	/	/	/	公	公	/	/	/	/	/	公	公	○	○	○	○					5日	1日
令和 年 月																																	日	日
令和 年 月																																	日	日
令和 年 月																																	日	日

事業所所在地　○○区○○町○○－○

事業所名称　△×株式会社

事業主氏名　△×　○□

上記のとおり相違ないことを証明いたします。

令和 ○○ 年　○ 月 ○○ 日

電話　○○　（○○○○）○○○○

療養担当者が意見を記入するところ

㋐ 患者氏名　健保 太郎

㋑ 傷病名　1）鎖骨骨折　2）

㋒ 療養の給付開始年月日　1）昭・平・令 ○○年 2月 4日　2）昭・平・令 年 月 日

㋓ 発症または負傷年月日　昭・平・令 年 月 日　発病 負傷

㋔ 療養費用の別　☑ 健保　☐ 自費　☐ 公費　☐ その他

㋕ 発症または負傷の原因　スキー中に転倒したため、右肩を強打する

㋖ 労務不能と認めた期間　令和 ○○年 2月 4日 から　令和 ○○年 2月 24日 まで　21日間

㋗ 左記期間中の入院期間　令和 年 月 日 から　令和 年 月 日 まで　日間入院

㋘ 診療実日数

年	月	日
○○	2	5

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
				○			○					○						○						○							

㋙ ㋖の期間における「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。

スキー中に転倒したため右肩を強打し、2/4初診。
鎖骨バンドで鎖骨を固定する。しばらく安静とし、固定後はリハビリが必要である。

㋚ 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、㋖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。

強打した肩が利き腕であり、骨折したところが固定するまで安静が必要である。
固定後もリハビリが必要であるため、労務不能であると判断する。

人工透析を実施または人工臓器を装着したとき
- 人工透析を実施または人工臓器を装着した日　昭和・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．人工骨頭　エ．心臓ペースメーカー　オ．人工透析　カ．その他（　　）

医療機関所在地　東京都○○区○○町○－ ○○○

医療機関の名称　△△△病院

医師の氏名　○○　○○

上記のとおり相違ありません。

令和 ○○ 年　○ 月 ○○ 日

電話　○○　（○○○○）○○○○

㋛ 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
□	△	2	○		○		

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　東京都目黒区○○○－○○-○○

氏　　名　健保　太郎

連 絡 先　０００－００００－００００

以　　上