

# 健康保険傷病手当金請求書 (第 回)

**記入上の注意事項**

① 請求印、証明印等は明瞭に押すこと。訂正した場合には必ず請求書に押印した印で訂正印を押す。  
 ② 傷病の原因が外傷によるものである場合は、別に「傷病の原因について」用紙を添付すること。  
 ③ 傷病の原因が第三者の行為によるものである場合は、別に、「第三者行為による傷病届」を添付すること。  
 ④ 傷病が第三者の行為によるものではない箇所は抹消すること。  
 ⑤ 委任状欄は被保険者が自ら受領する場合は記入する必要がない。  
 ⑥ 傷病の原因については「傷病の原因について」用紙を添付すること。  
 ⑦ 訂正した場合には必ず請求書に押印した印で訂正印を押す。

被 保 者 が 記 入 す る こ ろ	① 被保険者証の記号及び番号		記号	② 老人保健法の規程による医療を受けている場合医療受給者証の番号等		市町村番号	
			番号			受給者番号	
	③ 資格取得年月日		12年 4月 1日			発行機関名	
	④ 発病または負傷年月日		15年 3月 31日			事務職	
	⑥ 療養のため労務に服することができなかった期間(請求期間)		自平成15年4月1日 至平成15年4月30日 30日間	⑤ 被保険者の職(具体的な仕事の内容)			
					⑦ 発病又は負傷の原因		
	⑧ 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		
	⑨ 入院した入欄		(ア) 病院診療所の名称所在地	(イ) 入院期間	(ウ) 被扶養者がある場合の記入欄		
			病院 市 町 -	自平成15年4月1日 至平成15年4月15日	氏名	続柄	生年月日
							明大昭 年 月 日 明大昭 年 月 日 明大昭 年 月 日
⑩ 有給の記入欄		うえに書いた期間⑥に報酬の全部又は一部を受けたとき、又はこれから受けることができるときは、その報酬の額及び期間		自平成 年 月 日	日間	至平成 年 月 日	円
⑪ 上記のとおり傷病手当金を請求します。 平成 年 月 日 〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 住所 市 町 - 様方 被保険者 氏名 日本 太郎 <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">印</span> 生年月日 年 月 日生 神奈川県電子電気機器健康保険組合理事長 殿							

委 任 状	⑫ 私は		を代理人と定め、本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。			
			平成 年 月 日			
	被保険者(請求者)		住所 〒			
			氏名	印		
代理人		住所 〒				
		氏名	印			

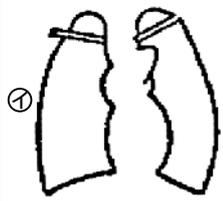
(注) 国民年金法による障害基礎年金・厚生年金保険法による障害厚生年金の受給者は、その年金証明の写しを添付してください。  
 任意継続被保険者及び資格喪失後の継続療養受給者の方で、老齢又は退職を事由とする公的年金を受給されている際は、老齢退職年金給付の年金証書又はこれに準ずる書類の写し、その額及びその支給開始年月を証明する書類並びに直近の額を証明する書類(年金額改定通知書等)を添付してください。

振込希望銀行名		
銀行名	銀行	支店
種別	普通・当座	
口座番号		
(フリガナ) (口座名義人)	ニホン タロウ 日本 太郎	

--- 受付日付印 ---

事業主が証明するところ	⑬ 賃金形態	月給・日給月給・日給 時間給・その他	賃金の締切日	毎月 未日締切り 当月 翌月 25日支払				
	⑭ 労務に服さなかった日(該当日)をこと	年	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯	計	30日			
		月	17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	計	日			
	⑮ 上記の期間中のうち有給休暇の日(該当日)をこと	年	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯	計	3日			
		月	17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	計	日			
	⑯ ⑭欄の期間中の分として支払った報酬の内訳(期間及び金額を記入すること)	種類	基本給	手当	手当	手当	現物給与	合計
		4月1日から4月4日まで	0円	円	円	円	円	0円
	⑰ 備考	月	日	円	円	円	円	円
		月	日	円	円	円	円	円
	⑱ 上記のとおり相違ないことを証明します	平成15年 5月10日	所在地 所在地・連絡先(ゴム印)		電話	000(000)0000		
事業所 所在地		事業所 所在地		事業主 氏名	電話			

(注) 事業主証明は出勤簿及び賃金台帳と照合のうえ、証明してください。  
この請求書が第一回目るときには請求期間について賃金台帳と出勤簿(タイムカード)を窓口で照合確認いたしますのでご持参ください。

療養を担当した医師が意見を書くところ	⑲ 症病名	⑳ 発病又は負傷の年月日	15年 3月 31日	
	㉑ 発病又は負傷の原因	不明	㉒ 療養の給付(老人保健法の規定による医療を含む)を開始した日	15年 3月 31日
	㉓ 労務不能と認めた期間	㉔ 左の期間中における入院期間	㉕ 期間中の診療実日数	㉖ 入院費用区別
	自平成15年 4月 1日 30日間 至平成15年 4月 30日	自平成15年 4月 1日 15日間 至平成15年 4月 15日	20日間	(イ) 健保費 (ロ) 老健費 (ハ) 自費 (ニ) 公費
	㉗ 傷病の主症状及び経過の概要(労務不能と認めた意見等) お手数ですが労務不能と認められた病状を詳しくご記入願います。			
				
	㉘ 手術名	㉙ 手術年月日	年 月 日	(年 月 日)
	㉚ 上記のとおり相違ないことを証明します 平成15年 5月10日			
	医療機関 所在地	所在地 所在地・連絡先(ゴム印)		電話
	医療機関 名称	事業主 氏名		電話
担当医師 氏名	電話		000(000)0000	