

健康保険傷病手当金請求書 (第 回目)

項①当健康保険所定用紙の出勤簿(写)・賃金台帳(写)を添付してください(事業主証明欄 ※参照)。
 事②記載事項に訂正がある場合には、被保険者・事業主・診療担当者、のサイン又は訂正印を押してください。
 注③発病または負傷原因が第三者の行為によるものであるときは、「健康保険 第三者行為による傷病届」を添付してください。
 ④海外で療養した等により、診療担当者の意見(意見書)が外国語で書かれているときは、日本語の翻訳文(翻訳者の住所、氏名、勤務先を記載したもの)を添付してください。

被 保 険 者 記 入 欄	健康保険被保険者証 記号 - 番号		記号 番号		住 所		電 話 番 号				
	事業所名称				氏 名		昭・平・令 年 月 日生				
	傷病名		発病 ・ 負傷 状況		(1)いつ 年 月 日 AM 時 分 PM 時 分		(2)どこで		(3)どんな用事で何をしているとき		
	傷病による 休業期間		年 月 日から 日		左記期間入院有無		第三者行為有無 (交通事故等)				
	年 月 日まで		年 月 日まで		有 ・ 無		いいえ ・ はい はいの場合、注意事項③参照				
	障害厚生年金・障害手当金・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		障害厚生年金又は障害手当金を受給(請求中)の場合には、受給要因となった傷病名及び基礎年金番号を記入してください。		年金・障害手当金を受給中の方は、傷病手当金請求期間にかかる年金返込通知書等(年金額のわかるもの)の写しを添付してください。				
	傷病名:		基礎年金番号:		-						
	労災保険から休業補償給付を受けていますか。		いいえ ・ 労災請求中 ・ はい		「はい」又は「労災請求中」とお答えの場合、支給元(請求先)の労働基準監督署を記入してください。		介護保険法のサービスを受けたとき 保険者名称・番号: 被保険者番号:				
	雇用保険受給の手続きについて(退職者のみ)		受給延長する(した)・手続きしていない・受給予定・請求しない								
	事 業 主 証 明 欄	本人通常給与種類		月給・日給月給・日給・時給・歩給・その他				職 種		給与締日	
労務に 服さな かった 期間		年 月 日から 日		年 月 日まで		事業所所在地・事業所名称・事業主名・電話番号					
上記対象期間に報酬支払いした(する)ことの有・無		有 ・ 無				電話番号					
診 療 担 当 者 の 意 見 欄	(1) 傷病名		発 病 又 は 負 傷 日		(1) (2) (3)		発病 又 は 負 傷 原因				
	(2) 傷病名		療養の 給 付 開始日		(1) (2) (3)						
	(3) 傷病名										
	労務不能と認めた期間		年 月 日から 日		年 月 日まで		左記期間中の 診 療 実日数		左記期間中の 入院期間		
	年 月 日まで		年 月 日まで		年 月 日		年 月 日		年 月 日		
	※詳しくご記入ください。		主 症 状		上記期間の 病 状 経 過 検 査 等		医療機関名称・所在地・診療担当者名・診療科				
人工臓器等		人口骨頭・人工関節・心臓ペースメーカー・人工弁・人工肛門・人口膀胱		尿路変更術・人工透析・その他()		装着・人工透析開始日		年 月 日			
受 領 委 任 欄	本請求に基づく給付金の受領を 事業所名称				に委任します。						
	氏名				年 月 日						
被保険者名 (委任者)											

受付印

診療担当者(医師など)が労務不能と認めない期間中の療養状況

(休業期間中、医師などが労務不能と認めていない期間について、その間の療養状況などを下記にできるだけ詳しくご記入ください。)

① 診療担当者が労務不能と認めない期間又は初診日以前の期間

年 月 日 日間
年 月 日

② 上記期間、労務に就けなかった理由(詳しく)

③ 上記期間、(日しか)医師の診療を受けなかった理由

④ 症状の経過

⑤ 自宅などで療養(治療)していた方法(あんま、はり等の施術を受けていた場合は、その内容や回数。売薬等を服用していた場合は、服用した期間、薬品名などを記入して効能書又は領収書を添付してください。)

⑥ 通常の職務の内容(例.一日中立って商品の選別)

聴 取 書	聴取日	年 月 日 AM・PM 時 分	回答者	
	聴取内容			
	回答内容、聴取者所見			
健保 使用 欄			聴 取 者	