

健康保険傷病手当金請求書 (第 回目)

事項①当健康保険所定用紙の出動簿(写)・賃金台帳(写)を添付してください(事業主証明欄 ※参照)。
 事項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(三者)のサイン又は訂正印を押してください。
 事項③発病または負傷原因が第三者の行為によるものときは、「健康保険 第三者行為による傷病届」を添付してください。
 事項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 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 (2)どこで (3)どんな用事で何をしていたとき	
	傷病による休業期間	年 月 日から 日 年 月 日まで	左記期間入院有無 有 ・ 無	第三者行為有無 (交通事故等) いいえ ・ はい はいの場合、注意事項③参照	
事 業 主 証 明 欄	障害厚生年金・障害手当金・老齢又は退職事由とする公的年金を受給していますか。		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振込通知書等(年金額のわかるもの)の写しを添付してください。
	いいえ ・ 請求中 ・ はい		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。		「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:
	いいえ ・ 労災請求中 ・ はい		労働基準監督署		
診 療 担 当 者 の 意 見 欄	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		
	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	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		※次の場合は、当健康保険所定用紙の出動簿(写)・賃金台帳(写)を必ず添付してください。 ・請求が第1回目の場合 ・ 請求対象期間に報酬支払いをした(する)場合 ・請求期間が給与締日の途中の場合 上記以外にも添付を求める場合があります。		
診 療 担 当 者 の 意 見 欄	傷病名	(1) 発病又は負傷日 (2) 療養の給付開始日 (3)	(1) . . (2) . . (3) . . (1) . . (2) . . (3) . .	発病又は負傷原因	
	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 日間 年 月 日
	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 ()科 証明日 年 月 日 電話番号 -			
	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 氏名 年 月 日 被保険者名 (委任者)				



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.一日中立つて商品の選別)

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		