

業務外の病気やけがの治療のため仕事につくことができないとき、標準報酬日額の2/3相当額が支給されます。

添付書類：年金等受給している時は証明する書類 回数を記入

健康保険 傷病手当金請求書 (第 1 回目)

① 被保険者証の記号・番号	④ 生年月日	⑤ 支給額計算	⑥ 給付記録番号	⑦ 受取代理人	⑧ 受付年月日
1	昭平 350221			0: 無 1: 有	
⑨ 被保険者(請求者)の氏名と印 ケレボ タロウ 健保 太郎		⑦ 事業所の名称 東京地下鉄株式会社		④ 業務の種類別 統括 駅務係	
⑩ 被保険者(請求者)の住所 郵便番号 1230000 住所コード *		⑪ (フリガナ) 自宅の住所を記入		(電話番号) (3321)0000	
⑫ 傷病コード		⑬ カナ		⑭ 発病又は負傷年月日	
急性肝炎				000612	
⑯ 老人保健法の医療を受けたとき		市町村番号		受給者番号	
⑰ 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	
⑱ 発病の状態又は負傷の原因を詳しく		〇〇年6月12日、自宅にて全身倦怠感が強くなった		⑲ 第三者行為によるものですか 0 いいえ 1: はい	
⑲ 傷病又は負傷の療養をするため休んだ機関(支給期間)		平成〇〇年 6月 12日 から 平成〇〇年 7月 31日 まで 50日間		自 至	
⑳ うえの⑲に書いた期間の部分の報酬を受けましたか、又は受けられますか		㉑ 報酬の支払いを受けた(受けられる)ときはその報酬の額と、その報酬支払の基礎となった(なる)期間		平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	
㉒ 障害厚生年金又は障害手当金を受給していますか		㉓ 基礎年金番号		障害厚生年金又は障害手当金の受給の原因となった傷病名	
いいえ・請求中・はい					
㉔ 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			
㉕ 年金コード又は記号番号もしくは番号		年 金 額			
→ 障害厚生年金(障害基礎年金)証書の写しや直近の障害厚生年金・老齢厚生年金の額を証明する書類を添付して下さい。		円		円	
年金の合計額		円		円	

⑳ 支給回数	㉑ 支給算出額(手)	支給開始日	⑳ 調整減額コード
	円	1 平成 年 月 日	
		2 平成 年 月 日	
㉒ 調査先コード	㉓ 海外表示	㉔ 特別支給コード	(備考)
	0. 国内 1. 海外		

平成 年 月 日 提出
受付日付印

事業主が証明する欄	労務に服さなかった期間	出勤は○で、有給は△で、公休は公で、欠勤は/でそれぞれ表示してください。										計	出勤	有給																					
	②	〇〇年 6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	7日
		年 7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		
	〇〇年 6月12日から	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		
	〇〇年 7月31日まで	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		
	50日間	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		
		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		
		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		
		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		
	現在までも又は将来も支給しない場合はその旨	うえのとおり相違ないことを証明します。										平成 〇〇年 8月 10日																							
住所	〒 所属の住所																																		
事業主氏名	所属名及び所属長名										電話 (3334局) 〇〇〇〇番																								

傷病名	急性肝炎				
発病又は負傷の年月日	〇〇年	6月	12日		
療養の給付を開始した年月日	〇〇年	6月	12日		
発病又は負傷の原因	不詳				
⑲ 労務不能と認められた期間	平成 〇〇年 6月 12日から	平成 〇〇年 7月 31日まで	50日間	左の期間中の診療実日数	47日間
⑳ 傷病の主状態および経過概要	入院加療中				
㉑ うえの期間中に入院した期間がある場合はその期間	平成 〇〇年 6月 12日から	平成 〇〇年 7月 31日まで	50日間	入院の費用の別	健保・公費 自費・その他
㉒ うえのとおり相違ありません。					平成 〇〇年 8月 5日
住所(所在地)	〒 164-0000 中野区 〇〇8-7				
医師医療機関名氏名	中野病院 中野 〇〇				電話 (3380局) 〇〇〇〇番

※	㉓ 減額期間	期間	自 年 月 日	至 年 月 日	日数	金額
	㉔ 全部不支給	期間	自 年 月 日	至 年 月 日	日数	
	㉕ 不支給(法定外)	期間	自 年 月 日	至 年 月 日	日数	

支払方法	⑳ 支払金融機関の欄	㉑ 金融機関コード	支店コード	㉒ 預金種別	銀行金庫信組	本店 支店 出張所
口座振込	金融機関	金融機関	支店コード	1. 普通 2. 当座 3. 貯蓄	口座名義	(フリガナ)

受取代理人の欄	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					
	⑳ 代理人の氏名と印	(フリガナ)				
	㉑ 代理人の住所	㉒ 郵便番号	+	(フリガナ)		
		㉓ 住所コード	*			

送信

賃金の支給された期間がある場合は、出勤簿と賃金台帳を必ず添付してください。

◎「※」印欄は記入しないでください。