

健康保険傷病手当金請求書(第 回目)

社會保險委員
五點檢濟用

記入の方法は裏面に書いてありますからよく読んでください
「※」印欄は記入しないでください。

被保険者の記号・番号										④ 生 年 月 日										⑤ 支給額計算										⑥ 記録番号付										⑦ 受 代 理 人										⑧ 受付年月日																																							
1 2 3 4 5 6 7										1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12										1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12										1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12										1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12																																																	
⑨ 被保険者 (請求者) の氏名と印										⑩ 事業所の名称										⑪ 業務の種別										⑫ 送 信																																																											
⑬ 被保険者 (請求者) の住所										⑭ 郵便番号										⑮ 住 所										⑯ (電話番号)																																																											
⑰ 傷病コード										⑱ 傷病名										⑲ 発病又は負傷年月日										⑳ 傷病又は負傷年月日																																																											
㉑ 障害(厚生)年金、手当金受給の有無										㉒ 有・無・請求中										㉓ 年 月 から受給										㉔ 年金証書の記号番号																																																											
㉕ 受給病名										㉖ 障害(厚生)年金、手当金の額										㉗ 老人保健医療受給者証の市町村番号										㉘ 受給者番号										㉙ 発行機関名																																																	
㉚ 発病の状態又は負傷の原因を詳しく										㉛ 疾病又は負傷の療養をするため休んだ期間 (支給期間)										㉜ 自 年 月 日 至 年 月 日										㉝ 第三者行為によるものですか																																																											
㉞ うえの㉛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										㉟ 受けた・受けない 受けられる・受けられない										㊱ 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										㊲ 年 月 日から 年 月 日まで																																																											
㊳ 入院した期間があるとき										㊴ 病院の名称										㊵ ② 病院の所在地										㊶ 自 年 月 日 至 年 月 日										㊷ 報酬月額 日 額																																																	
㊸ 健康保険又は自費で入院しましたか										㊹ 1. 健保 2. 公費 3. 自費 4. その他										㊺ 入院期間										㊻ (千円) (円)																																																											
㊼ 被扶養者がいるときは、その者の										㊽ 氏 名										㊾ 生 年 月 日										㊿ 被保険者との続柄																																																											
㋀ 支給回数										㋁ 支給算出額(手)										㋂ 支給開始日										㋃ 1 年 月 日										㋄ 2 年 月 日										㋅ 調整減額コード										㋆ 調査先コード										㋇ 海外表										㋈ 特別支給コード									
㋉ 労務に服さなかった期間										年 月 日から 年 月 日まで										㋊ 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。										㋋ 年 月 日 出勤 有給																																																											
㋌ 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。										年 月 日 出勤 有給										㋍ 年 月 日 出勤 有給										㋎ 年 月 日 出勤 有給																																																											
㋏ 手										㋐ (円) 年 月 日 (千円) 年 月 日										㋑ 日 額										㋒ 日 額																																																											
㋓ 現在のまでもまた将来も支給しない場合はその旨										年 月 日 提出										㋔ 年 月 日 提出										㋕ 年 月 日 提出																																																											
㋖ 年 月 日 提出										年 月 日 提出										年 月 日 提出										年 月 日 提出																																																											
㋗ 年 月 日 提出										年 月 日 提出										年 月 日 提出										年 月 日 提出																																																											
㋘ 年 月 日 提出										年 月 日 提出										年 月 日 提出										年 月 日 提出																																																											
㋙ 年 月 日 提出										年 月 日 提出										年 月 日 提出										年 月 日 提出																																																											
㋚ 年 月 日 提出										年 月 日 提出										年 月 日 提出										年 月 日 提出																																																											
㋛ 年 月 日 提出										年 月 日 提出										年 月 日 提出										年 月 日 提出																																																											
㋜ 年 月 日 提出										年 月 日 提出										年 月 日 提出										年 月 日 提出																																																											
㋝ 年 月 日 提出										年 月 日 提出										年 月 日 提出										年 月 日 提出																																																											
㋞ 年 月 日 提出										年 月 日 提出										年 月 日 提出										年 月 日 提出																																																											
㋟ 年 月 日 提出										年 月 日 提出										年 月 日 提出										年 月 日 提出																																																											
㋠ 年 月 日 提出										年 月 日 提出										年 月 日 提出										年 月 日 提出																																																											
㋡ 年 月 日 提出										年 月 日 提出										年 月 日 提出										年 月 日 提出																																																											
㋢ 年 月 日 提出										年 月 日 提出										年 月 日 提出										年 月 日 提出																																																											
㋣ 年 月 日 提出										年 月 日 提出										年 月 日 提出										年 月 日 提出																																																											
㋤ 年 月 日 提出										年 月 日 提出										年 月 日 提出										年 月 日 提出																																																											
㋥ 年 月 日 提出										年 月 日 提出										年 月 日 提出										年 月 日 提出																																																											
㋦ 年 月 日 提出										年 月 日 提出										年 月 日 提出										年 月 日 提出																																																											
㋧ 年 月 日 提出										年 月 日 提出										年 月 日 提出										年 月 日 提出																																																											
㋨ 年 月 日 提出										年 月 日 提出										年 月 日 提出										年 月 日 提出																																																											
㋩ 年 月 日 提出										年 月 日 提出										年 月 日 提出										年 月 日 提出																																																											
㋪ 年 月 日 提出										年 月 日 提出										年 月 日 提出										年 月 日 提出																																																											
㋫ 年 月 日 提出										年 月 日 提出										年 月 日 提出										年 月 日 提出																																																											
㋬ 年 月 日 提出										年 月 日 提出										年 月 日 提出										年 月 日 提出																																																											
㋭ 年 月 日 提出										年 月 日 提出										年 月 日 提出										年 月 日 提出																																																											
㋮ 年 月 日 提出										年 月 日 提出										年 月 日 提出										年 月 日 提出																																																											
㋯ 年 月 日 提出										年 月 日 提出										年 月 日 提出										年 月 日 提出																																																											
㋰ 年 月 日 提出										年 月 日 提出										年 月 日 提出										年 月 日 提出																																																											
㋱ 年 月 日 提出										年 月 日 提出										年 月 日 提出										年 月 日 提出																																																											

療養を担当した医師が意見をかくところ	① 傷病名											
	② 発病又は傷病の年月日											
	③ 療養の給付を開始した年月日											
	④ 発病又は負傷の原因											
	⑤ 労務不能と認められた期間											
	⑥ 傷病の主状態および経過概要	人工透析又は人工臓器等を装着したとき		人工透析を実施又は人工臓器を装着した日								
		人工臓器等の種類		ア. 人工肝臓 イ. 人工膀胱 ウ. 人工胃腸 エ. 人工腎臓 オ. 心臓								
				カ. 人工透析 キ. その他 ()								
	⑦ うえの期間中に入院した期間がある場合はその期間									⑧ 入院の費用の別		
										健保・公費 自費・その他		
	⑨ うえのとおり相違ありません。											
	住所(所在地) 〒											
	医師 医療機関名 氏 名	印 (局) 番										
※	⑩ 減額期間	期間	自	年	月	日	至	年	月	日	日数	金額
	⑪ 全部不支給	期間	自	年	月	日	至	年	月	日	日数	
											日	
⑫ 不支給(法定外)	期間	自	年	月	日	至	年	月	日	日数		
										日		
支払金融機関の欄	⑬ 支払区分	※ 1. 振込 2. 銀行送金 3. 郵便局送金 4. 当地払	⑭ 預金種別	⑮ 口座名義								
	⑯ 金融機関コード	※	1. 普通 2. 当座 3. 通知 4. 別									
	⑰ 口座番号											
受取代理人の欄	⑱ 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。 年 月 日											
	被保険者 住所 (請求者) 氏 名 印											
	⑲ 代理人の氏名と印	(フリガナ)					⑳ 委任者と代理人との関係					
	代理人の住所	㉑ 郵便番号				(フリガナ)						
		㉒ 住所コード										
社会保険労務士の提出 代行者 印												