健康保険傷病手当金請求書（第 1 回目）

○ 初回と最後の請求書には「出勤簿および賃金台帳」の写を必ず添付してください。また、2回目以降の請求でも給与の一部が支払われていれば、同様に添付してください。なお、「欠勤控除額」などがあれば、その算出方法（計算式等）を「賃金台帳の写」の余白に記入してください。

被保険者証の記号・番号		③ 生年月日
① 4	② 12	昭和 平成 46年04月16日

取得年月日	S・H・R . .	報酬月額 千円
喪失年月日	H・R . .	
支給開始日	H・R . .	

被保険者が記入するところ

④ 被保険者(請求者)の氏名	フリガナ ニイナ キヨシ 新名 清	⑤ 事業所の名称	○ ○ 洋 菓 子 (株)
⑥ 被保険者(請求者)の住所	フリガナ トシマク マルマル 〒 170 ― 0004 豊島区○○2－34－22　電話 03（3949）3001		
⑦ 傷病名	慢 性 肝 炎	※ 傷病コード / 傷病コード	⑧ 発症又は負傷年月日(療養開始日) 年 月 日 / 年 月 日
⑨ 発病の状態又は負傷の原因を詳しく	令和4年6月15日自宅にて全身倦怠感が強くなった。		
⑩ 業種の種別	(1)製造　2販売　3営業　4配送　5事務　6その他		
⑪ (具体的な)仕事の内容	クッキーなどの製造ライン		
⑫ 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
⑬ 疾病又は負傷の療養をするため休んだ期間（請求期間）	令和 4 年 6 月 16 日から 令和 4 年 6 月 30 日まで　15 日間	⑬ 第三者行為によるものですか	(0:)いいえ　1:はい
⑮ 請求期間中の療養状況（詳しく記入してください）	請求期間中の症状 倦怠感・食欲不振・疲労など 医師からの治療に関する指示内容 薬を飲み、安静にするように。定期的な通院等。		
⑯ うえの⑬に書いた期間の部分の報酬を受けましたか	受けた (受けない)	報酬の支払を受けたときはその報酬の額と、その報酬支払の基礎となった期間	年 月 日から 年 月 日まで の分として 円
⑰ 障害厚生年金又は障害手当金の受給の有無	有 請求中 (無)	受給の原因となった傷病名	
⑱ 老齢又は退職を事由とする公的年金の受給の有無	有 請求中 (無)	年金の種	
⑲ 労災保険からの休業補償給付の受給の有無	有 請求中 (無)	労災保険請求中の	

必ず記入してください。

必ず記入してください。

年金または年金手当金を受給、又は請求中の場合には⑰欄及び⑱欄を必ず記入してください。また、その証明となる支払い通知書(はがきによる通知など)の写を添付してください。

休業補償給付を受給、又は請求中の場合には⑲欄を必ず記入してください。また、その証明となる支払い通知書(はがきによる通知など)の写を添付してください。

次ページの支払金融機関欄（受領代理人欄）を必ず記入ください。

事業主が証明する欄

労務に服さなかった期間	1日～月末までについて、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。
令和 4 年 6 月 16 日から	6月 1 2 3 公 公 6 7 8 9 10 公 公 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
令和 4 年 6 月 30 日まで（ 15 日間）	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
	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

うえの期間中の分として、報酬を全額又は一部を支給した場合あるいは支給する場合			
(自) 年 04 月 06 日 ～ (至) 年 04 月 63 日	日間 30	1100 00 円	7月 10 日支払 日額 10.000 円
(自) 年 月 日 ～ (至) 年 月 日	日間	円	月 日支払 日額 円
(自) 年 月 日 ～ (至) 年 月 日	日間	円	月 日支払 日額 円
(自) 年 月 日 ～ (至) 年 月 日	日間	円	月 日支払 日額 円

⑳ 現在までも又は将来も支給しない場合はその旨：現在までもまた将来も支給しない

給与の支払いが全くない場合は、必ず記入してください。

うえのとおり相違ないことを証明します。

令和 4 年 7 月 15 日

事業主　住所 豊島区北大塚1-1-1

氏名 池 袋 一 郎

電話 03（3949）1234

令和 4 年 7 月 20 日提出
受付年月日

保険者のマイナンバー記載欄
(被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)

療養担当者が意見を記入するところ

※ この欄は、医療機関等で療養を担当した医師に書いてもらってください。

傷			
発病又は負傷の年月日	令和 年 月 日　不明の場合は、「不詳」を○で囲んでください (不詳)		
療養の給付を開始した年月日	令和 4 年 6 月 15 日	療養費用の別	(健保)・公費 自費・その他
発病又は負			
労務			日間
上記			月 日 / 月 日
受（○			30 31 / 30 31 / 30 31
傷			
症状 職種 認め			

上記の
○ 療養

○ 申請者の方へ

この請求書は、支給の有無を決定させていただく大事な書類になりますので、該当するところは全て記入してください。（特に⑨⑮はなるべく詳しく記入してください。記入がない場合は、一度書類をお返しさせていただくこともございます）
なお、内容等について、後日照会させていただくこともございますので、ご了承ください。

○ 事業主の方へ

初回と最後の請求書には、 出勤簿と賃金台帳の写しを必ず添付してください。また、2回目以降も、給与の一部が支払われている場合は、同様に添付してください。
なお、欠勤控除をされていて、満額支払われていない給与（手当て等含む）がある場合は、賃金台帳の余白等に控除額の算出方法（計算式）を記入してください。

○ 療養を担当した医師の方へ

労務不能期間は仕事の内容を考慮したうえで、従来の職種につくことができないと認められる期間をご記入ください。また、労務不能と判断された医学的見解を詳しくご記入ください。

○ 投薬　あり（ 月 日に 日分）（ 月 日に 日分）・ なし

○ 通院についての指導　あり（ 週に 回）・ なし（理由： ）

うえのとおり相違ありません。

令和 4 年 7 月 10 日

住所（所在地） 豊島区南大塚2－3－4
医療機関名 豊島総合病院
医師氏名 豊 島 晴 男　電話 03（○○○○）○○○○

受領代理人欄

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。

令和 4 年 7 月 15 日

被保険者（請求者）
〒 170 ― 0004
住所 豊島区北大塚2－34－22
氏名 新 名 清

代理人氏名	フリガナ ホリウチ ヒロユキ 堀内 浩之	委任者と代理人の関係	健保給付口座代理人

支払金融機関欄

銀行コード

口座番号

保険給付金は、原則として事業所(会社)経由でのお支払いをお願いしておりますので、「受領代理人欄」への記入をお願いします。受領代理人については、事業所から当健康保険組合へ届け出てありますので、代理人指名欄への記入は会社に依頼してください。
なお、事情により、ご自分の金融機関口座に振り込みを希望する方、または退職後に請求される方は「支払金融機関欄」にご自分の金融機関口座を記入してください。
また、ご自分の金融機関口座以外に家族の金融機関口座などへの振り込みを希望する方は、「受領代理人欄（代理人となる家族の方などの記名・押印が必要）」と「支払金融機関欄」の両方の記入が必要になります。