

支 給 額		資 格 取 得 日		年 月 日	
円		資 格 喪 失 日		年 月 日	
支 給 内 訳	傷 病 手 当 金	円		標 準 報 酬 月 額 千円	
	傷病手当金付加金	円		標 準 報 酬 日 額 円	
支 給 開 始		年 月 日		障害年金額・日額障害手当金額 円(日額) 円)	
支 給 期 間		自 年 月 日 日 間		前 回 自 年 月 日 日 間	
至 年 月 日 日 間		至 年 月 日 日 間		至 年 月 日 日 間	
全部不支給	期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間		一部不支給	期間 年 月 日から 年 月 日まで 日間
	理由				理由

回数

健康保険 傷病手当金 支給請求書

1234

被保険者（請求者）記入用

被保険者（申請者）情報	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者等 (右づめ)					
	氏名	(フリガナ)				
	住所	(〒 -)	都 道 府 県			
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()					

振込先指定口座	金融機関 名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ()	本店 支店 出張所 本所 支所		
	預金種別	☐ 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号		左づめでご記入ください。
	ゆうちょ 記号-番号				
	口座名義 ※必ず記入ください。		口座名義 の区分	☐ 1. 申請者 2. 代理人	
☐ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。（利用する場合は☑） 注）口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。					

「2」の場合は必ず記入してください。

受取代理人の欄	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。	令和 年 月 日
	代理人 (口座名義人)	住所 (〒 -) TEL ()	住所 「被保険者（申請者）情報」の住所と同じ
			委任者と 代理人との 関係

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

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

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

受付日付印

健康保険 傷病手当金 支給請求書

1

2

3

4

被保険者（請求者）記入用

請求内容	1 傷病名	1) _____ 2) _____ 3) _____	2 発病 または 負傷 年月日	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
	3 該当の傷病は病気(疾病)ですか、ケガ(負傷)ですか。	☐ 1. 病気 (発病時の状況) _____ ☐ 2. ケガ ➡ 負傷原因届を併せてご提出ください		
	4 療養のため休んだ期間(請求期間)	(令和) _____ 年 _____ 月 _____ 日 から _____ 日数 _____ まで _____ 日間		
5 あなたの仕事の内容(具体的に) (退職後の申請の場合は退職前の仕事の内容)				
6 労務に服することができなかった症状、 勤務できない状態(自覚症状)を詳しくご記入ください。				

確認事項	1 上記の療養のため休んだ期間(請求期間)に報酬を受けましたか。 または今後受けられますか。	☐ 1. はい ☐ 2. いいえ
	1 - ① 「はい」と答えた場合、その報酬の額と、 その報酬支払の基礎となった(なる) 期間をご記入ください。	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 から _____ 報酬額 _____ 円 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 まで
	2 「障害厚生年金」または「障害手当金」を受給していますか。 受給している場合、どちらを受給していますか。	☐ 1. はい ➡ ☐ 1. 障害厚生年金 2. 請求中 2. 障害手当金 ☐ 3. いいえ
	2 - ① 「はい」または「請求中」と答えた場合、 受給の要因となった(なる)傷病名 及び基礎年金番号をご記入ください。 [「請求中」と答えた場合は、 傷病名・基礎年金番号をご記入ください。]	傷病名 _____ 基礎年金番号 _____ 年金コード _____ 支給開始 年 月 日 年金額 _____ 円 年月日 ☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和
	3 (健康保険の資格を喪失した方はご記入ください。) 老齢または退職を事由とする公的年金を受給していますか。 受給している場合、その名称ご記入ください。	☐ 1. はい ➡ 名称 _____ 2. 請求中 ☐ 3. いいえ
3 - ① 「はい」または「請求中」と答えた場合、 基礎年金番号等をご記入ください。 [「請求中」と答えた場合は、 傷病名・基礎年金番号をご記入ください。]	基礎年金番号 _____ 年金コード _____ 支給開始 年 月 日 年金額 _____ 円 年月日 ☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	
4 今回の申請は労災保険から休業補償給付を受けている 期間のものですか	☐ 1. はい 3. いいえ 2. 労災請求中	
4 - ① 「はい」または「労災請求中」と答えた場合、 支給元(請求先)の労働基準監督署をご記入ください。	労働基準監督署 _____	
5 介護保険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 _____

「事業主記入用」は3ページに続きます。》》》

健康保険 傷病手当金 支給請求書

事業主記入用

労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間の勤務状況及び賃金支払状況等をご記入ください。

事業主が証明するところ	被保険者氏名								
	勤務状況 【出勤は×】で、【有給は○】で、【公休は●】で、【欠勤は／】でそれぞれ表示してください。			出勤	有給				
	令和 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	計	日	日				
	令和 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	計	日	日				
	令和 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	計	日	日				
	上記の期間に対して、 賃金を支給しました(します)か？	☐ はい	給与の種類	☐ 月給	☐ 時間給	賃金計算	締 日	日	
		☐ いいえ		☐ 日給	☐ 歩合給		支払日	☐ 当月 ☐ 翌月	日
		☐ 日給月給		☐ その他					
	上記の期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況をご記入ください。								
	支給した(する)賃金内訳	区分	期間	単価	月 日	月 日	月 日	賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)についてご記入ください。	
～ 月 日分					～ 月 日分	～ 月 日分			
				支給額	支給額	支給額			
基本給									
通勤手当									
住居手当									
扶養手当									
手当									
手当									
現物給与									
計									
上記のとおり相違ないことを証明する。							令和 年 月 日	担当者氏名	
事業所所在地									
事業所名称									
事業主氏名									
電話 ()									

記入例

が証明するところ	被保険者氏名 協会 花子								
	勤務状況 【出勤は○】で、【有給は△】で、【公休は□】で、【欠勤は／】でそれぞれ表示してください。			出勤	有給				
	平成 26 年 2 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	計	5 日	0 日				
	平成 26 年 3 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	計	0 日	0 日				
	平成 26 年 4 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	計	0 日	0 日				
	平成 26 年 5 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	計	9 日	0 日				
	平成 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	計	日	日				
	上記の期間に対して、 賃金を支給しました(します)か？	☒ はい	給与の種類	☐ 月給	☒ 時間給	賃金計算	締 日	末 日	
		☐ いいえ		☐ 日給	☐ 歩合給		支払日	☐ 当月 ☒ 翌月	16 日
		☐ 日給月給		☐ その他					
上記の期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況をご記入ください。									
支給した(する)賃金内訳	区分	期間	単価	2 月 1 日	5 月 1 日	月 日	賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)についてご記入ください。 基本給計算方法 @1,000円×8時間×5日 =40,000円 @1,000円×8時間×9日 =72,000円		
				～ 2 月28日分	～ 5 月31日分	～ 月 日分			
				支給額	支給額	支給額			
	基本給	1,000	40,000	72,000					
	通勤手当	20,000	20,000	20,000					
	住居手当								
	扶養手当								
	手当								
	手当								
	現物給与								
計									
上記のとおり相違ないことを証明します。							平成 26 年 6 月 16 日	担当者氏名 ○ ○ ○	
事業所所在地 東京都千代田区△△△1-1									
事業所名称 ○○株式会社									
事業主氏名 健保 三郎									
電話 03 () () () () () ()									

【被保険者の方へ】

① お勤め先の事業所に証明を受けてください。資格喪失日以降の期間に関する申請については、空欄でご提出ください。

【事業主の方へ】

② 労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間(賃金計算の締日の翌日から締日の期間)の勤務状況について、出勤した場合は○で、有給の場合は△で、公休日の場合は□で、欠勤の場合は／で表示してください。

③ 給与の種類について、該当する給与の種類を選んでください。

④ 賃金計算の締日および賃金の支払日をご記入ください。

⑤ 労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間における賃金支給状況についてご記入ください。また、賃金支給状況がわかるよう、賃金計算方法や欠勤控除計算方法等をご記入ください。

「療養担当者記入用」は4ページに続きます。>>>

健康保険 傷病手当金 支給請求書

1 2 3 4

療養担当者記入用

療養担当者が意見を記入するところ

患者氏名			
傷病名	(1) (2) (3)	療養の給付 開始年月日 (初診日)	(1) 令和 年 月 日 (2) 令和 年 月 日 (3) 令和 年 月 日
発病または 負傷の年月日	令和 年 月 日	☐ 発病 ☐ 負傷	発病または 負傷の原因
労務不能と認 めた期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間		
うち入院期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間 入院	療養費用の別 ☐ 健保 ☐ 公費 () ☐ 自費 ☐ その他	☐ 治癒 ☐ 中止 ☐ 転帰 ☐ 繰越 ☐ 転医
診療実日数	診療日を 〇で囲んで ください。	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 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	
上記の期間中における「主たる症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等(詳しく)			手術年月日 令和 年 月 日 退院年月日 令和 年 月 日
症状経過からみて従来の職種について労務不能と認められた医学的な所見			
人工透析を実施 または人工臓器 を装着したとき	人工透析の実施または 人工臓器を装着した日	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日	人工臓器等 の種類 ☐ 人工肛門 ☐ 人工関節 ☐ 人工骨頭 ☐ 心臓ペースメーカー ☐ 人工透析 ☐ その他 ()
上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日			
医療機関の所在地 医療機関の名称 医師の氏名 電話 ()			

記入例

1	患者氏名	協会 太郎
2	傷病名	(1) 鎖骨骨折 (2) (3)
3	療養の給付 開始年月日 (初診日)	(1) 平成 25 年 4 月 22 日 (2) 平成 年 月 日 (3) 平成 年 月 日
4	発病または 負傷の年月日	平成 26 年 4 月 22 日 ☒ 発病 平成 26 年 4 月 22 日から 平成 26 年 5 月 12 日まで 21 日間 ☒ 負傷
5	発病または 負傷の原因	左肩部強打
6	療養費用の別	☒ 健保 ☐ 公費 () ☐ 自費 ☐ その他
7	転帰	☒ 治癒 ☐ 中止 ☐ 転帰 ☐ 繰越 ☐ 転医
8	診療実日数	診療日を 〇で囲んで ください。 4 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 5 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
9	上記の期間中における「主たる症状および経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等(詳しく)	鎖骨を骨折し、4/22初診。鎖骨バンドで鎖骨を固定。 固定するまで安静とし、固定後リハビリが必要。 症状経過からみて従来の職種について労務不能と認められた医学的な所見 骨折した部位が固定するまで安静が必要で、固定後リハビリが必要であったため、 労務不能と判断した。
10	人工透析を実施 または人工臓器 を装着したとき	人工透析の実施または 人工臓器を装着した日 平成 26 年 5 月 22 日
11	人工臓器等 の種類	☐ 人工肛門 ☐ 人工関節 ☐ 人工骨頭 ☐ 心臓ペースメーカー ☐ 人工透析 ☐ その他 ()
12	上記のとおり相違ありません。	平成 26 年 5 月 22 日
13	医療機関の所在地	東京都品川区△△ 1-1
14	医療機関の名称	〇〇総合病院
15	医師の氏名	保険 五郎
16	電話	03 (△△△△) △△△△

【被保険者の方へ】

1 療養担当者(医師等)の意見を受けてください。

【療養担当者の方へ】

2 複数の傷病名がある場合、(1)から主たる病名を順次ご記入ください。

3 左の傷病名について、その傷病の初診の日をご記入ください。

4 治療期間でなく、療養のため就労できなかったと認められる期間とその日数をご記入ください。また、証明日以前の期間をご記入ください。

5 症状および経過、労務不能と認められた医学的な所見を詳しくご記入ください。

支給額	資格取得日	年	月	日
	喪失日	年	月	日
	標準報酬月額	千円		
支給開始	年	月	日	

記入例 1/4

提出先:勤務先総務・人事部

※黒ボールペンでご記入ください。(消せるボールペンでの記入は受け付けません。)

～ご請求の前に～
休みに関する届出が必要な場合がありますので、
お勤め先にもご連絡をお願いいたします。

・ご自身で記入する頁①
・お勤め先(総務・人事部)にて記入する頁②
・医療機関にて証明する頁③

理由	健康保険組合記入欄
----	-----------

① 健康保険 傷病手当金 支給請求書

被保険者(請求者)記入用

被保険者(申請者)情報	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者等(右づめ)		☒ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	6 0 0 5 1 8		
	氏名	(フリガナ) ケンボ タロウ 健保 太郎				
	住所	(〒 ●●● - ●●●●) ■■■ 都 道 府 県 ■■■市△△●-●●●-●●●				
電話番号	TEL ●● (●●●●) ●●●●					
振込先指定口座	金融機関名称	ゆうちょ ☒ 銀行 ☐ 金庫 ☐ 信組 ☐ 農協 ☐ 漁協 その他 ()				
	預金種別	1. 普通 ☒ 3. 別段 2. 当座 ☐ 4. 通知		口座番号	●●●●●●●●●● 左づめでご記入ください。	
	記号-番号	●●●●●●●●●● - ●●●●●●●●●●				
	口座名義	▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。) ケンボ タロウ 口座名義(カタカナ)を必ずご記入ください。				
	口座名義の区分	1. 申請者 ☒ 2. 代理人				
☐ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は注) ☒ マイナポータルで登録した公金利用口座を使う場合のみチェックを入れてください。 (利用しない場合は必ず記入してください。)						

受取代理人の欄	被保険者(申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。		令和	年	月	日
	代理人(口座名義人)	住所 (〒 -) TEL ()		住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ			
		委任者と代理人との関係					

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

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

記号および番号を記入された方は、この欄の記入は不要です。

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

受付日付印

健康保険 傷病手当金 支給請求書

被保険者（請求者）記入用

1

請求内容

1 傷病名	1) 右足腓骨骨折	2 発病 または 負傷 年月日	令和 ●● 年 8 月 27 日
	2)		令和 年 月 日
	3)		令和 年 月 日
3 該当の傷病は病気(疾病)ですか、ケガ(負傷)ですか。		1. 病気 2. ケガ → 負傷原因届を併せてご提出ください (発病時の状況)	
4 療養のため休んだ期間(請求期間)		(令和) 年 月 日 から 年 月 日 まで 5 日間 ●● 0827 ●● 0831	
5 あなたの仕事の内容(具体的に) (退職後の申請の場合は退職前の仕事の内容)		販売職	
6 労務に服することができなかった症状、勤務できない状態(自覚症状)を詳しくご記入		8/27近くの体育館で△△をしており、ゲームの最中に～を拾おうとしました。ライン際は壁が近く、壁に右足を着地させてしまい、右足首当たりを痛み翌日に整形外科で受診したところ骨折と診断され、四日間の入院となりました。	

「負傷原因届」は別途用紙が必要です。
ホームページより印刷、ご記入の上、併せてご提出ください。

・記入内容は、請求期間にどのような症状・状態によりあなたの仕事の内容で働くことができなかったのかを、具体的・詳細にご記入ください。

確認事項

1 上記の療養のため休んだ期間(請求期間)に報酬を受けましたか。または今後受けられますか。	2 1. はい 2. いいえ	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 報酬額 円
2 「障害厚生年金」または「障害手当金」を受給していますか。受給している場合、どちらを受給していますか。	3 1. はい 2. 請求中 3. いいえ	1. 障害厚生年金 2. 障害手当金
2 - ① 「はい」または「請求中」と答えた場合、受給の要因となった(なる)傷病名及び基礎年金番号をご記入ください。	傷病名	年金コード
「請求中」と答えた場合は、傷病名・基礎年金番号をご記入ください。	基礎年金番号	年金コード
支給開始年月日	□昭和 □平成 □令和 年 月 日	年金額 円
3 (健康保険の資格を喪失した方はご記入ください。) 老齢または退職を事由とする公的年金を受給していますか。受給している場合、その名称ご記入ください。	1. はい 2. 請求中 3. いいえ	名称
3 - ① 「はい」または「請求中」と答えた場合、基礎年金番号等をご記入ください。	基礎年金番号	年金コード
「請求中」と答えた場合は、傷病名・基礎年金番号をご記入ください。	支給開始年月日	□昭和 □平成 □令和 年 月 日 年金額 円
4 今回の申請は労災保険から休業補償給付を受けている期間のものですか	3 1. はい 2. 労災請求中 3. いいえ	労災請求予定もしくは請求中の方は、傷病手当金の給付はできません。勤め先および健康保険組合にあらかじめご連絡をしてください。
4 - ① 「はい」または「労災請求中」と答えた場合、支給元(請求先)の労働基準監督署をご記入ください。	労働基準監督署	
5 介護保険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

「事業主記入用」は3ページに続きます。》》》

健康保険 傷病手当金 支給請求書

事業主記入用

2

労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間の勤務状況及び賃金支払状況等をご記入ください。

事業主が証明するところ

被保険者氏名

勤務状況 【出勤は×】で、【有給は○】で、【公休は●】で、【欠勤は／】でそれぞれ表示してください。

令和	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	計	出勤	有給
令和	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	計	日	日
令和	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	計	日	日
令和	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	計	日	日

上記の期間に対して、賃金を支給しました(します)か？ ☐ はい ☐ いいえ

給与の種類 ☐ 月給 ☐ 時間給 ☐ 日給 ☐ 歩合給 ☐ 日給月給 ☐ その他

賃金計算 締日 支払日 ☐ 当月 ☐ 翌月

上記の期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況をご記入ください。

支給した(する)賃金内訳	区分	期間	単価	月 日	月 日	月 日	賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)についてご記入ください。
				～ 月 日分	～ 月 日分	～ 月 日分	
				支給額	支給額	支給額	
	基本給						
	通勤手当						
	住居						
	扶養						
	手当						
	手当						
	現物給与						
	計						

上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日 担当者氏名

事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話 ()

お勤め先で記入する欄の為、請求者の記入は不要です。

記入例

被保険者氏名 協会 花子

勤務状況 【出勤は○】で、【有給は△】で、【公休は●】で、【欠勤は／】でそれぞれ表示してください。

平成	26年	2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	計	出勤	有給
平成	26年	2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	計	5日	0日
平成	26年	3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	計	0日	0日
平成	26年	4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	計	0日	0日
平成	26年	5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	計	9日	0日

上記の期間に対して、賃金を支給しました(します)か？ ☒ はい ☐ いいえ

給与の種類 ☐ 月給 ☒ 時間給 ☐ 日給 ☐ 歩合給 ☐ 日給月給 ☐ その他

賃金計算 締日 支払日 ☒ 当月 ☐ 翌月 16日

上記の期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況をご記入ください。

支給した(する)賃金内訳	区分	期間	単価	2月1日	5月1日	月 日	賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)についてご記入ください。
				～ 2月28日分	～ 5月31日分	～ 月 日分	
				支給額	支給額	支給額	
	基本給		1,000	40,000	72,000		
	通勤手当		20,000	20,000	20,000		
	住居						
	扶養						
	手当						
	手当						
	現物給与						
	計						

上記のとおり相違ないことを証明します。 平成 26年 6月 16日 担当者氏名 ○○ ○○

事業所所在地 東京都千代田区△△△-1-1 事業所名称 ○○株式会社 事業主氏名 健保 三郎 電話 03 ()

【被保険者の方へ】

- ① お勤め先の事業所に証明を受けてください。資格喪失日以降の期間に関する申請については、空欄でご提出ください。

【事業主の方へ】

- ② 労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間(賃金計算の締日の翌日から締日の期間)の勤務状況について、出勤した場合は○で、有給の場合は△で、公休日の場合は公で、欠勤の場合は／で表示してください。
- ③ 給与の種類について、該当する給与の種類を選んでください。
- ④ 賃金計算の締日および賃金の支払日をご記入ください。
- ⑤ 労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間における賃金支給状況についてご記入ください。また、賃金支給状況がわかるよう、賃金計算方法や欠勤控除計算方法等をご記入ください。

「療養担当者記入用」は4ページに続きます。》》》

健康保険 傷病手当金 支給請求書

療養担当者記入用

3

療養担当者が意見を記入するところ	患者氏名																																	
	傷病名	(1)																療養の給付開始年月日	(1) 令和	年	月	日												
		(2)																(2) 令和	年	月	日													
		(3)																(3) 令和	年	月	日													
	発病または負傷の年月日	令和	年	月	日	☐ 発病 ☐ 負傷	発病または負傷の原因																											
労務不能と認められた期間	令和	年	月	日から	令和	年		月	日まで	日間																								
うち入院期間	令和	年	月	日から	令和	年	月	日まで	日間	入院	療養費用の別	☐ 健保 ☐ 公費 ()			☐ 治癒 ☐ 中止 ☐ 繰越 ☐ 転医																			
診療実日数	診療日を 〇で囲んで ください。	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	
		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	
上記の期間中における「主たる症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等(詳しく)																												手術年月日 令和 年 月 日						
																												退院年月日 令和 年 月 日						
療養担当者(医師など)で記入する欄です。証明を頂いてください。																																		
症状経過からみて従来の職種について労務不能と認められた医学的な所見																																		
人工透析を実施または人工臓器を装着したとき ☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 人工臓器等の種類 ☐ 人工肛門 ☐ 人工関節 ☐ 人工骨頭 ☐ 心臓ペースメーカー ☐ 人工透析 ☐ その他()																																		
上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日																																		
医療機関の所在地																																		
医療機関の名称																																		
医師の氏名																																		
電話 ()																																		

記入例

療養担当者が意見を記入するところ	1 患者氏名	協会 太郎																																
	2 傷病名	(1)	鎖骨骨折															療養の給付開始年月日	(1) 平成	25	年	4	月	22	日									
		(2)																(2) 平成	年	月	日													
		(3)																(3) 平成	年	月	日													
	3 発病または負傷の年月日	平成	26	年	4	月	22	日	☒ 発病 ☐ 負傷	発病または負傷の原因	左肩部強打																							
4 労務不能と認められた期間	平成	26	年	4	月	22	日から	平成	26		年	5	月	12	日まで	21	日間																	
うち入院期間	平成	年	月	日から	平成	年	月	日まで	日間	入院	療養費用の別	☒ 健保 ☐ 公費 ()			☒ 治癒 ☐ 中止 ☐ 繰越 ☐ 転医																			
5 診療実日数	診療日を 〇で囲んで ください。	4	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
		5	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	
上記の期間中における「主たる症状および経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等(詳しく)																												手術年月日 平成 年 月 日						
																												退院年月日 平成 年 月 日						
鎖骨を骨折し、4/22初診。鎖骨バンドで鎖骨を固定。 固定するまで安静とし、固定後リハビリが必要。 症状経過からみて従来の職種について労務不能と認められた医学的な所見。 骨折した部位が固定するまで安静が必要で、固定後リハビリが必要であったため、 労務不能と判断した。																																		
人工透析を実施または人工臓器を装着したとき ☐ 昭和 ☐ 平成 人工臓器等の種類 ☐ 人工肛門 ☐ 人工関節 ☐ 人工骨頭 ☐ 心臓ペースメーカー ☐ 人工透析 ☐ その他()																																		
上記のとおり相違ありません。 平成 26 年 5 月 22 日																																		
医療機関の所在地 東京都品川区△△ 1-1																																		
医療機関の名称 ○○総合病院																																		
医師の氏名 保険 五郎																																		
電話 03 (△△△△) △△△△																																		

【被保険者の方へ】

1 療養担当者(医師等)の意見を受けてください。

【療養担当者の方へ】

2 複数の傷病名がある場合、(1)から主たる病名を順次ご記入ください。

3 左の傷病名について、その傷病の初診の日をご記入ください。

4 治療期間でなく、療養のため就労できなかったと認められる期間とその日数をご記入ください。また、証明日以前の期間をご記入ください。

5 症状および経過、労務不能と認められた医学的な所見を詳しくご記入ください。