

傷病手当金請求書

(第 回目)

被 保 者 が 記 入 す る 欄	被保険者証の記号・番号		被保険者（請求者）の氏名・印		生年月日		
	—		ツリガナ		1. 昭和 2. 平成 年 月 日		
	住所				電話番号		
	〒 —						
	事業所 名称		所在地		業務の種別		
	〒 —						
	傷病名						
	発病又は負傷の年月日		平成 年 月 日	療養の給付を開始した年月日		平成 年 月 日	
	発病の状態又は負傷の原因を詳しく		※ケガ、ヘルニアの場合は別紙「負傷の原因について」の提出が必要です。				第三者行為によるものですか いいえ ・ はい
	傷病又は負傷の療養のために休んだ期間（請求期間）		令和 年 月 日 から	令和 年 月 日 まで		日間	
上記の期間、報酬を受けましたか、又は受けられますか	はい ・ いいえ	報酬の支払を受けた(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		令和 年 月 日 から	の分として 円		
障害厚生年金又は障害手当金を受給していますか		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		基礎年金番号			
いいえ ・ 請求中 ・ はい							
資格喪失者及び任意継続被保険者の方		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			
		年金コード又は記号番号もしくは番号					
		年金額		円			
上記の請求期間中に労災保険から休業補償給付を受けていますか		ア.受給中(受給予定) イ.労災請求中(予定) ウ.受給していない					
同意書	私は、この傷病手当金の請求に関し、東京港健康保険組合が必要とする事項（個人情報を含む）について、関係機関に対して、同健康保険組合が照会ならびに必要な範囲内で照会に関する説明を行い、回答・提供を受け、また、関係機関が情報提供することについて同意します。（自署の場合は、押印省略可） 記入日 令和 年 月 日 被保険者氏名 ㊞						

【記入上の注意事項】

- 第一回目の請求の際には請求期間全部に係る賃金計算期間（賃金締切毎の期間）の出勤簿・賃金台帳の添付が必須です。また、二回目以降も報酬を受けている場合は同様に出勤簿・賃金台帳の添付が必要です。
- 消えるペン、鉛筆、修正テープは使用しないでください。
- 業務の種別は、普段行っている仕事を具体的に記入してください。
- 発病の状態又は負傷の原因を詳しくは、日時(いつ、何時頃)、場所(どこで)、何をしていた等〔1H5W〕、具体的に記入してください。
- 傷病の原因が外傷性のケガの場合は「**負傷の原因について**」、第三者行為による場合は、「**第三者行為による傷病届**」を添付してください。
- 障害厚生年金・障害手当金を受給している場合、また退職後に老齢年金を受給している場合は、傷病手当金と調整になるため、年金証書、これに準ずる書類の写し、年金額改定通知書等を添付してください。
- 医師が意見を書く欄については、なるべく詳しく記入していただくよう申し出てください。
- 労務不能期間中の診療実日数が0日間だった場合は、別紙「**日常生活状況申立書**」の提出が必要です。
- 訂正がある場合は訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と訂正者のサインをご記入ください。

出勤簿
賃金台帳
照合者

受付印

事業主が証明する欄	労務に服さなかつた期間	出勤は○印で、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。																													出勤	有給				
	令和 年 月 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	計	日	日
	令和 年 月 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	計	日	日
	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	計	日	日
	支給した賃金内訳	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	月 日	月 日																													
		基本給																																		
		通勤手当																																		
		手当																																		
	手当																																			
現在までも又は将来も上記の他に支給しますか	いいえ		はい																																	
賃金計算	締日	日	支払日	当月・翌月	日	給与の種類	月給・日給・日給月給・時間給・歩合給・その他																													
上記のとおり相違ないことを証明します。							証明日	令和 年 月 日																												
住所 〒																																				
事業主 氏名							電話 ()																													

療養を担当した医師が意見を書く欄	傷病名							
	発病又は負傷の年月日	年	月	日				
	療養の給付を開始した年月日	年	月	日				
	発病又は負傷の原因							
	労務不能と認めた期間	令和 年 月 日から	日間	令和 年 月 日まで	左の期間中の診療実日数（入院期間も含める）	日間		
	上記期間中に入院した期間がある場合はその期間	令和 年 月 日から	日間	令和 年 月 日まで	入院費用の別	健保・公費	自費・その他	
	傷病の主状態および経過概要等							
	人工透析を実施または人工臓器を装着したとき	人工透析を実施または人工臓器を装着した日	令和 年 月 日					
	人工臓器等の種類	ア. 人工肛門 オ. 人工透析	イ. 人工関節 カ. その他（	ウ. 人工骨頭	エ. 心臓ペースメーカー			
	上記のとおり相違ないことを証明します。							証明日
所在地 〒								
医師 医療機関名							電話 ()	
氏名								

支払金融機関	預金種別	1. 普通	銀行	本店
		2. 当座	金庫	支店
	口座番号	口座名義		刀がナ

受取代理人の欄	本請求および給付金に関する受領を代理人に委任します。		記入日	令和 年 月 日
	被保険者（請求者）	住所 〒		
	氏名			
代理人の住所	〒			
代理人の氏名・印	刀がナ			