

# 傷病手当金請求書

健康保険

(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			被保険者捺印				
	—		フリガナ ⑩				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									第三者行為によるものですか				
			※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。							いいえ ・ はい				
	傷病又は負傷の療養するために休んだ期間(請求期間)		平成	年	月	日	から				日間			
			平成	年	月	日	まで							
	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			平成	年	月	日	から		の分として
								平成	年	月	日	まで		円
								平成	年	月	日	から		の分として
							平成	年	月	日	まで		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								
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医療機関等に対し病状等の問い合わせをする事について同意します。													
	平成 年 月 日				被保険者氏名			⑩						

**【記入上の注意事項】**

1. 第一回目の請求の際には出勤簿・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出勤簿・賃金台帳の添付が必要です。
2. 業務の種別は、普段行っている仕事を具体的に記入して下さい。
3. 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)、具体的に記入して下さい。
4. 傷病の原因が外傷性のケガ、又はヘルニアの場合は「**負傷の原因について**」、第三者行為によるものである時は「**第三者行為による傷病届**」を添付して下さい。
5. 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下さい。
6. 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下さい。
7. 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。
8. 訂正がある場合は本請求書を返却し、訂正及び訂正印押印のうえ再提出していただきます。

出勤簿  
賃金台帳

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○印で、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	事業主捨印	
	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで 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
		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
		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
		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	
	上記の期間中の分として、報酬を全額又は一部支給した場合又は支給する場合	報酬の名称	支給対象期間			支給額	
			月 日	～	月 日	円	
			月 日	～	月 日	円	
			月 日	～	月 日	円	
	賃金計算	締日	日	支払日	日	給与の種類	月給・日給・日給月給・時間給・歩合給・その他
現在までも又は将来も上記の他に支給しますか				はい ・ いいえ			
上記のとおり相違ないことを証明します。						平成 年 月 日	
住 所 〒							
事業主 氏 名 (印) 電話 ( )							

療養を担当した医師が意見を書く欄	傷病名						医師捨印
	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	平成 年 月 日から	日間	左の期間中の診療実日数(入院期間も含める)	日間		
		平成 年 月 日まで	日間				
	上記期間中に入院した期間がある場合はその期間	平成 年 月 日から	日間	入院費用の別	健保・公費		
平成 年 月 日まで		日間	自費・その他				
傷病の主状態および経過概要等							
上記のとおり相違ないことを証明します。						平成 年 月 日	
所在地 〒							
医師 医療機関名 氏 名 (印) 電話 ( )							

支払金融機関の欄	預金種別	1. 普通	銀行	本店
		2. 当座		
	口座番号	口座名義		フカナ

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		(印)
	代理人の住所	〒			
代理人の氏名・印	フカナ				(印)