

健康保険 傷病手当金・傷病手当金付加金 延長傷病手当金付加金 請求書 (第 回) 1/3 【被保険者記入用】

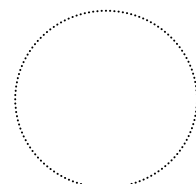
下記のとおり請求します。なお、給付金の受け取りについては事業主に委任します。(任意継続・特例退職は除く)

記号	番号	被保険者氏名 被保険者自ら記入(自署)する場合押印は不要です Ⓜ	生年月日 年 月 日
住所	〒 ー		
仕事の内容	(立ち仕事・座り仕事なども含めて具体的に記入してください)		
傷病名		発病又は 負傷の年月日	年 月 日
療養のために休んだ期間 (今回の傷病手当金請求期間)	年 月 日から	年 月 日まで (日間)	
上記期間中に報酬を受けましたか	1. はい 2. いいえ		
上記質問で「はい」の場合、その期間と報酬額を記入してください	年 月 日から 年 月 日まで (日間)	報酬額	円
今回の請求期間における療養状況等について記入してください			
・通院状況 上記期間に.....回通院 →0回の場合はその理由を記入してください <input type="checkbox"/> 入院中 (理由:.....)			
・投薬の有無 <input type="checkbox"/> 投薬あり → 1. 処方通り服薬している <input type="checkbox"/> 投薬なし 2. 服薬していない (処方通り服薬できなかった理由:.....)			
・医師からの療養の指示の有無 <input type="checkbox"/> あり (内容:.....) <input type="checkbox"/> なし			
障害年金または障害手当金を受給していますか	1. はい → 年金額: 円、年 月分より受給開始 対象傷病名 ()		
	2. 請求中 → 対象傷病名 ()		
	3. いいえ		
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	1. はい → 年金額: 円、年 月分より受給開始		
	2. 請求中 → 年 月に手続きをした		
	3. いいえ		
労災保険から休業補償給付を受けていますか	1. はい 2. 労災請求中 3. 過去に受給あり 4. いいえ		
	上記質問で1～3の場合 → 支給元(請求先): 労働基準監督署		
※1 備考			

※1 個人番号を記入する場合は、備考に記入してください。なお、被保険者証の記号番号を記入した場合は、個人番号の記入は不要です。個人番号を記入する場合は、番号確認および身元確認を行いますので、個人番号カードか、個人番号通知カードおよび写真つき身分証明書(保有していない場合は住所氏名が記載された公的書類を2つ以上)を申請者が健保に直接持参してください。

所属	課長	係長	係

受付印



健康保険 傷病手当金・傷病手当金付加金 請求書
 延長傷病手当金付加金

2/3 【医師意見等記入用】

被保険者の請求期間にかかわらず療養のため労務に服することができないと診断された期間について証明してください。
 (なお、労務不能見込み(未来日付)の証明は受付できません)

対象者	氏名		生年月日	S・H	年	月	日
労務不能の対象となった傷病名			原因		診療開始日		
①					年	月	日
②					年	月	日
上記傷病での入院期間		年 月 日～		年 月 日 (日間)・入院なし			
手術日： 年 月 日 ・ 手術なし							
労務不能と認めた期間		年 月 日～		年 月 日 (日間)			
上記の労務不能と認めた期間のうち診療した日数を記入してください (実診療日 日)							
上記の労務不能と認めた期間について、詳しく記入してください							
..(主症状および経過概要).....							
.....							
.....							
..(治療内容).....							
.....							
.....							
○検査の有無について <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし							
..(内容とその結果:.....)							
○療養指導の有無について <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし							
..(内容:.....)							
○通院指示の有無について							
<input type="checkbox"/> あり → (週間に 回) → 患者は指示通り通院していますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ							
<input type="checkbox"/> なし → (理由:.....)							
上記労務不能と認めた期間の経過からみて、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を記入してください							
.....							
人工透析の実施または人工臓器を装着している場合は、実施(装着)した日付および種類について記入してください							
実施(装着)した日： 年 月 日							
人工臓器等の種類： <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工関節 <input type="checkbox"/> 人工骨頭 <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー							
<input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> その他 (.....)							
職場復帰の見通しについて		1. 年 月頃から就労可能の見込み		2. 現時点では未定			
上記のとおり相違ありません							
年 月 日		所在地					
		医療機関名					
		医師名および印		印			

対象者氏名		記号-番号	—	記入担当者																														
病欠および休職の開始日	病欠：	年	月	日	休職：年 月 日																													
※開始日は、傷病により3日以上継続して休んでいる場合に記入（初回のみ必要） ※診断書がある場合は写しを添付してください																																		
労務に服さなかった期間	年 月 日から 年 月 日まで（ 日間）																																	
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等を記入してください 上記の「労務に服さなかった期間」の勤務状況・欠勤「×」、出勤「○」、有給「△」、公休「公」																																		
	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	欠勤日数		
月																																		日
月																																		日
月																																		日
上記の期間に対して、賃金を支給しましたか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ																																		
給与の種類	<input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> その他（ ）																																	
賃金計算について	勤怠締日：	日	支払日：	<input type="checkbox"/> 当月（ ）日 <input type="checkbox"/> 翌月（ ）日																														
上記の「労務に服さなかった期間」を含む賃金計算期間の賃金支給状況を記入してください (支給した賃金の内訳)																																		
	単価	月 日～月 日	月 日～月 日	月 日～月 日	賃金計算方法 記入欄 (欠勤控除計算方法等)																													
基本給																																		
通勤手当																																		
手当																																		
手当																																		
手当																																		
計																																		
通勤手当について（詳細） <input type="checkbox"/> 支給なし <input type="checkbox"/> 実費支給円（1日 円× 日分） <input type="checkbox"/> 定期券代の支給円（ 月 日から カ月分定期）																																		
上記のとおり相違ないことを証明します。																																		
年 月 日		事業所所在地																																
		事業所名称																																
		事業主氏名		印																														

添付書類：(賃金支払いがある場合のみ) 申請期間にかかる出勤簿および賃金台帳の写しを提出してください。
欠勤控除が翌月以降にされた場合は、欠勤控除がされた月の賃金台帳も必要となります。

<以下、健保使用欄のため、記入しないでください>.....
取得： 年 月 日 ・ 喪失： 年 月 日 給与払 ・ 個人払

	前回までの支給期間	今回の支給期間	単価(円)	支給額(円)
傷病手当金	自 年 月 日 至 年 月 日	年 月 日から 年 月 日まで 日間	日額 給料	円
付加金	自 年 月 日 至 年 月 日	年 月 日から 年 月 日まで 日間	日額 給料	円
延長付加金	自 年 月 日 至 年 月 日	年 月 日から 年 月 日まで 日間	日額 給料	円