

## 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】

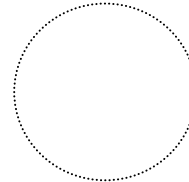
下記のとおり請求します。なお、給付金の受け取りについては事業主に委任します。(任意継続・特例退職は除く)

記号 〇〇	番号 〇〇〇〇〇	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 阪急 太郎 印	生年月日 昭和50年4月1日
住所 〒 〇〇〇-〇〇〇〇 兵庫県神戸市 〇-〇-〇	(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) 店舗にてお客様への接客、販売、品出し(ほぼ一日中、立ち仕事)		
傷病名 左足関節捻挫	発病又は 負傷の年月日 令和元年11月1日		
療養のために休んだ期間 (今回の傷病手当金請求期間)	令和元年11月1日から 令和元年11月30日まで(30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	令和元年11月1日から 令和元年11月15日まで(15日間)	報酬額 70,000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 5 回通院 → 0回の場合はその理由を記入してください □ 入院中 (理由: )			
・投薬の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 投薬あり → 1. 処方通り服薬している □ 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 checked="" type="checkbox"/> あり (内容: 痛みがある場合は処方された薬を服薬すること。 自宅にて安静にし、週1回は通院するよう指示を受けた。) □ 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 ( 肝硬変 )		
	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。

受付印

所属	課長	係長	係



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					なし		
手術日:							
労務不能と認							
上記の労務不							
上記の労務不能							
(主症状および					.....		
.....					.....		
(治療内容)					.....		
.....					.....		
○検査の有無は					.....)		
.....(内容とその					.....)		
○療養指導の有					.....)		
.....(内容:.....					.....)		
○通院指示の有					.....)		
<input type="checkbox"/> あり					.....)		
<input type="checkbox"/> なし					.....)		
上記労務不能と					さい		
人工透析の実施					.....)		
実施(装着)し					.....)		
人工臓器等の種別					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	

このページは医師へ記入を依頼してください。

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

3/3 【事業主証明用】

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：
※開始日は、傷病による		付してください			
労務に服さな					
労務に服する					
上記の「労務					
	1	2	欠勤日数		
月			日		
月			日		
月			日		
上記の期間					
給与の	)				
賃金計算に					
上記の「労務					
(支給した					
基本給					
通勤手当					
手当					
手当					
手当					
計					
通勤手当につ					
<input type="checkbox"/> 支給なし					
<input type="checkbox"/> 実費支給					
<input type="checkbox"/> 定期券付					
上記のと					

このページは事業主（勤務している会社）へ  
 記入を依頼してください。

添付書類：(賃  
 欠勤

<以下、健保使用欄  
 取得： 年 月

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