

健康保険 傷病手当金請求書 (第 1 回)
Health Insurance Claim Form for Disability Benefits (1st/2nd/ 1 time)留意事項 休業期間が長期にわたる場合は、1ヵ月程度を目安にご請求ください。
(Points of note) If your period of leave is long, please submit claims in increments of roughly one month.令和 3 年 3 月 15 日 提出
Submitted Year Month Day

| | | | | | | | |
|-------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|----------------------------|
| 被保険者が記入するところ To be completed by the insured person | 被保険者証の記号番号 Insurance card code and number | 記号 Code 1 | 番号 Number 1234 | 資格取得日 Date the insured person acquired eligibility 平成 29 年 4 月 1 日 Year Month Day | 資格喪失日(喪失後の場合) Date the insured person lost eligibility (if after it has been lost) | 年 月 日 Year Month Day | |
| | 社員番号 Employee number | 123456789 | | | | | |
| | 被保険者(請求者)氏名 Name of the insured person (claimant) | フリガナ(Katakana) ケンボ タロウ 健保 太郎 | 住所 Address of insured person (claimant) 〒 000-0000 東京都〇〇区△△町1-2-3 〇〇マンション101号室 | | | | |
| | 生年月日 Date of birth | 昭和(Showa) 平成(Heisei) 西暦(AD) | 55 年 10 月 5 日 Year Month Day | 電話 Phone 03 (1234) 1234 | | | |
| | 傷病名 Name of injury or disease | 急性胃腸炎 | | 病又は負傷年月日(Date of illness onset or injury) 年 月 日 Year Month Day | | | |
| | 病状又は負傷の原因(できるだけ詳しく) Cause of disease or injury (as specific as possible) | ストレス | | 第三者の行為によるものですか Is this the result of actions by a third party? いいえ はい No / Yes | | | |
| | 療養のため休んだ期間(傷病手当金の請求期間) Period of time not worked in order to undergo treatment (time period of disability benefits claim) | 令和 3 年 1 月 1 日 から 令和 3 年 2 月 10 日まで 41 日間 From Year Month Day until Year Month Day Number of days | | | | | |
| | 請求期間中の療養状況 Status of treatment during claim period | 請求期間中の病状 Conditions during claim period 12月31日自宅で就寝中、激しい腹痛があり病院を受診したところ1月20日まで入院となった。また、その後2月10日まで通院及び静養した。 医師からの治療に関する指示内容 Treatment instructions given by doctor(s) 退院後、1日3回薬を服用し、安静にするよう指示された。 | | | | | |
| | 請求期間中の報酬(賃金)を受けましたか、又は受けられますか Have you received, or will you receive remuneration (wages) during claim period? | 現在まで Until now | 受けた Have received | 受けない Have not received | 将来 In the future | 受けられる Will receive | 受けられない Will not receive |
| | 報酬支払を受けた(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 If you have received(or will receive) payment of remuneration, what period was (will be) the base for the remuneration? | 年 月 日 から From Year Month Day | の分として JPY as a portion of | | 円 Yen | | |

「はい」の場合、「第三者行為による障害事故届」など追加の書類が必要となります。健康保険組合に連絡してください。

いいえ はい
No / Yes※受領委任する場合は、委任状に記入して下さい。
* If you are appointing a recipient, please fill out the proxy.

| | | | |
|----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-------------------------|
| 委任状 Proxy | <input type="checkbox"/> ①本請求に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。 (1) I entrust the business owner to receive the benefits based on this claim. | ←該当するものにチェック☑して下さい。 Check the box for whichever applies. | 年 月 日 Year Month Day |
| | <input type="checkbox"/> ②本請求に基づく給付金に関する受領を下記代理人に委任します。 (2) I entrust the person below to receive the benefits based on this claim. | | |
| 被保険者(請求者) Insured person (claimant) | 氏名 Name | | |
| 代理人(給付金受領者) Representative | 氏名 Name | | |

※受領委任する場合は、委任状に記入して下さい。
* If you are appointing a recipient, please fill out the proxy.

| | | |
|---------------------------------------------|------------------------------------------------|--------------------------|
| 支払金融機関 Financial institution for payment | 銀行 Bank Shinkin bank, credit association | 本店 Head branch/branch |
| | 支店 Branch | 支店 |
| | 名義人 Name on account | フリガナ(Katakana) |

給付金の振込先金融機関を記入します
2回目以降の申請でも必ず記載してください

受付日付印

社会保険労務士

※被保険者の資格を喪失した後の請求期間については事業主の証明は不要です。
 *Certification by the business owner is not required for time periods of claims after the insured person has lost eligibility.

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------------------------------|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------------|---|----|--|--|--|--|--|----|----|---|
| 事業主が証明するところ To be certified by business owner | 労務に服さなかった期間 | | 年 月 日 から 年 月 日まで | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 日限 | | |
| | 勤務状況 【出勤は○】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 | 計 |
| | 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 | 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 | 日 | 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 年 月 | 1 2 3 4 5 6 | 事業主が証明する欄です 何も記入せず社会保険労務士あて提出してください | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 28 29 30 31 | 日 | 日 | | | | | | | | |
| | うえの期間中にかかる分として支払った報酬（給与・手当等） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 月 | 日 | 支払 | | | | | | | | |
| | 現在まで、将来も支給しない場合はその旨 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 月 | 日 | 支払 | | | | | | | | |
| | 支払額・控除額の算出式 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 月 | 日 | 支払 | | | | | | | | |
| | 上記のとおり相違ないことを証明します。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 年 | 月 | 日 | | | | | | | | |
| | 所在地 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業主 名称 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 電話 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※労務に服さなかった期間の出勤簿、賃金台帳の写しを添付してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------|----|-------------|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------------------------------------------|---|
| 療養を担当した医師の意見を書くところ Opinion to be written by the doctor in charge of treatment | 患者氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 日 |
| | 傷病名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 日 |
| | 発病又は負傷の原因 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 労務不能と認めた期間（未来日付にしないでください） | 年 月 日 から | 年 月 日 まで | 日間 | 左の期間中の診療実日数 | 日間 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | あなたが労務不能であったことを医師が証明し、医師の意見を記入する欄です 診断書の提出では傷病手当金は支給できません | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 労務不能と認めた期間に行った療養の内容（投薬、検査、手術、療養の指示などできるだけ詳細に記入してください） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 手術年月日 | |
| | 投薬： <input type="checkbox"/> あり（ 月 日に 日分）（ 通院指導の有無： <input type="checkbox"/> あり（ 週間に 回） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 年 月 日 | |
| | 療養の指示内容・経過観察：（検査・手術を行った場合はその | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 年 月 日 | |
| | 人工透析実施又は人工臓器等 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 種別： 人工肛門 人工膀胱 人工関節 心臓ペースメーカー 人工透析 その他（ ） | |
| | 上記のとおり相違ないことを証明します。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 年 月 日 | |
| 所在地 医療機関名 医師 氏名 電話 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

医師は診察の結果で労務不能と認めた期間を記入します。
 原則として、申請書の療養ため休んだ期間と一致しますが、医師の初見の時期によっては休んだ期間と一致しないこともあります。

医師の証明する日付は、あなたが支給申請する期間を過ぎた日付でなくてはなりません。
 あなたが労務不能の状態であったという過去を証明する意見書だからです。未来を証明することはできません。