

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 (Points of note) 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。
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 氏名 健保 太郎	〒 000-0000 住所 Address of insured person (claimant) 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			傷発年月日(Date of illness onset or injury)		
	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			年 月 日 Year Month Day		
	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。					
	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

If "Yes", additional documents such as "Notification of disability accident due to third party act" are required. Please contact the health insurance association.

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	
	支店番号 Branch number	どちらかに○ Circle the applicable selection	支店
	名義人 Name on account	フリガナ(Katakana)	

Enter the financial institution to which the benefits will be transferred. Please be sure to include it in the second and subsequent applications

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	This is the column that the business owner certifies. Please submit to a social insurance labor consultant without filling in anything.																					28	29	30	31	日	日	
	うへ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)																												
							月 日 支払)																												
							月 日 支払)																												
							月 日 支払)																												
	現在まで、将来も支給しない場合はその旨						給与締日			日																									
給与支払日							当月 日	翌 日																											
支払額・控除額の算出式																																			
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が意見をかくところ 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												
	うへの期間中に 労務不能と認められた期間		年 月 日 から 年 月 日 まで														日間																
	This is a field where the doctor proves that you have not been able to work and fills in the doctor's opinion. Injury and illness allowances cannot be paid by submitting a "medical certificate".																																
	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） 療養の指示内容・経過観察：（検査・手術を行った場合はその旨を記入してください。）																								The date certified by your doctor must be after the period you apply for payment. Because it is a statement of opinion that proves the past that you were incapacitated. Doctor cannot prove the future.								
	人工透析実施又は人工臓器等		人工透析実施または人工臓器等装着日： 年 月 日 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																																	