

健康保険
傷病手当金請求書（第 1 回目）

常務理事	事務長	担当
☐	☐	☐

令和 5 年 3 月 24 日提出

被保険者情報	事業所	住吉工場
	住所 電話番号	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 ■■■県■■■市■■■区■■■町●-●-● TEL: 090 (1234) 5678
	記号番号	●● - ●●●●●● 被保険者証に記載している 記号番号を記入してください
	氏名	栗本 空

記入見本

申請内容 被保険者記入欄	傷病名	右人工股関節脱臼		発病または 負傷年月日	☐ 平成 ☒ 令和	年 0 4	月 1 1	日 1 5
	発病または負傷の原因	右股関節痛、腰痛を感じ診察を受けたところ、右人工股関節脱臼の診断を受けた						
	労務に服せず給与の 全額または一部の支給 を受けなかった期間	令和 0 5 0 1 1 8	～	令和 0 5 0 3 1 5	まで	57	日間	
	年金受給の有無	☒ 有 ☐ 無 ☐ 請求中 ※「有」および「請求中」の場合、以下ご記入ください						
	年金等の種別	☒ 障害年金 ☐ 老齢厚生年金 ☐ 障害手当金 ☐ 特別障害給付金 ☐ その他 ()	傷病名	右下肢機能全廃(3級)				
			年金額	●●●●●● 円	証書番号	●●●●-●●●●●●		
※退職された方で任意継続の資格取得をされない方のみご記入ください								
振込先 指定口座	銀行		支店	☐ 普通 ☐ 当座	口座番号			
口座名義								

※注意事項

- 第1回目の傷病手当金を請求する場合は、「同意書」も合わせてご提出ください。
- 年金等を受給されている方は、次の写しを添付してください。

【障害年金・障害手当金・特別障害給付金の場合】

- ・障害厚生年金(障害基礎年金)証書
- ・直近の支払通知書
- ・身体障害者手帳(病名記載ページ)

【老齢厚生年金の場合】

- ・老齢厚生年金証書
- ・直近の支払通知書

被保険者のマイナンバー記載欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は不要)

必ず確認の上 チェック！

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

被保険者確認欄

この届出について、以下の要件を満たしたものである

- ☒ 申請者本人(被保険者)が作成した 或いは
記載内容に誤りがないか申請者本人が確認している
- ☒ 傷病手当金の受領方を事業主に委任する(必ずチェック願います)

事業主確認欄

この届出について、以下の要件を満たしたものである

- ☒ 事業主が記載内容に誤りがないか確認している

必ず確認の上 チェック！

※健保記入欄

支給決定金額

円

療養を担当した医師の意見欄	傷病名	右人工股関節脱臼										発病または 負傷年月日	☐ 平成	年	月	日																
	発病または負傷の原因	不明										療養の給付を 開始した年月日	☒ 令和	0	4	1	1	1	5													
	労務不能と認めた期間	令和	0	4	1	1	1	5	～	令和	0	5	0	3	1	5	まで	121	日間	診療実日数	20	日間										
	傷病の主症状 および経過概要	腰痛、右股関節痛を主訴に当院受診。 上記診断となり、手術加療目的に入院、手術を施行。																														
	入院した期間	令和	0	4	1	1	1	5	～	令和	0	4	1	1	2	0	まで	6	日間													
上のとおり相違ありません。																					令和	5	年	3	月	20	日	医師の証明に記入もれ・間違い、 押印・訂正印もれ、期間の計算 間違い等がないか、受取った時に その場で必ず確認して下さい。 療養担当者のご意見記入欄の 訂正は必ず医師の訂正印が必要 です				
医療機関住所	〇〇県〇〇市〇〇区〇〇町〇〇丁目〇番地																															
医療機関名称	◇◇◇◇◇総合病院																															
医師氏名	■ ■ ■ ■ ■																															
電話番号	● ● - ● ● ● ● - ● ● ● ●																															

事業主が証明する欄	労務に服さなかった期間 (※初回のみ待期間 3日間を含む)	令和	0	5	0	1	1	8	～	令和	0	5	0	3	1	5	まで	57	日間						
	待期間3日間 (※初回のみ)	令和	0	5	0	1	1	8	～	令和	0	5	0	1	2	0	までの	3	日間						
	上記期間中の分として 支払う報酬関係	全額支給した 場合または 支給する場合	支給期間	令和	0	5	0	1	1	8	～	令和	0	5	0	1	2	0	までの						
			支払 年月日	令和	0	5	0	2	2	4	支払額	● ● ● ● ●				円	日額	● ● ● ● ●							
		一部支給した 場合または 支給する場合	支給期間	令和	0	5	0	1	2	1	～	令和	0	5	0	2	1	5	までの分						
			支払 年月日	令和	0	5	0	2	2	4	支払額	● ● ● ● ●				円	日額	● ● ● ● ●							
	現在までも また将来も 支給しない場合	その期間	令和	0	5	0	2	1	6	～	令和	0	5	0	3	1	5	までの分							
以下の書類を添付願います。 ・勤務表(写し) ・給与明細(写し) ・事業主報酬証明日額計算式(栗本鐵工所用)(必要な場合)																		必ず確認の上 チェック!				事業主証明欄 令和 5 年 3 月 24 日 ☒ 上記のとおり相違ないことを証明する			

各事業所健保ご担当者様へ

各月の給付関係提出期限までに健保が「傷病手当金請求書」を受理できなかった場合、給付が翌月給与日になりますのでご注意ください。