

記入例

健康保険傷病手当金請求書 (1 回目)

※ 出勤簿 賃金台帳 照合者印

平成 20 年 6 月 2 日提出

○ 本請求に関する給付金の受領を代理人に委任する場合は必ず④委任状欄に③に押印した印鑑を使用してください
 ○ 記入の方法は裏面を参照してください
 ○ この欄の訂正をした場合は被保険者・請求者の印

① 被保険者証の記号・番号	記号 149 番号 55	② 被保険者(請求者)氏名	金田健太郎	③	
④ 被保険者の生年月日	大正 昭和 42年 5月 10日 平成	⑤ 事業所名	〇〇鋼業(株) (既に退職している場合は退職前の事業所名)		
⑥ 被保険者(請求者)の現住所	〒 113-0000 文京区〇〇3-2-1 電話 03(0000) 0000				
⑦ 被保険者の資格を取得した年月日	昭和 平成 2年 4月 1日	⑧ 被保険者の仕事の種類(詳しく)	営業 (既に退職している場合は退職前の仕事の種類)		
⑨ 発病又は負傷の年月日	昭和 平成 20年 6月 3日	⑩ 傷病名	胃潰瘍		
⑪ 発病または負傷の原因	(平成20年 6月 2日(月) 午前 午後 11時 00分頃 負傷・発病) できるだけ詳しく 急に激しい胃痛が起こり、軽快しないため受診				
⑫ 請求期間の症状および経過を詳しく	6/3~6/7 入院し、服薬と検査で治療以後、症状が軽快したため自宅にて療養				
⑬ 疾病または負傷の療養をすすめるために休んだ期間	平成 20年 6月 3日 から	20日間			
	平成 20年 6月 22日 まで				
⑭ (1) うえの⑬の期間に報酬を受けましたか、または受けられますか	ア 受けた イ 受けない ウ 受けられる エ 受けられない				
⑭ (2) 報酬を受けたとき、または受けられるときは、その報酬の額とその支払いの基礎となった(なる)期間	平成 20年 5月 21日 から	の分として	交通費 15,600 円		
⑮ 老人保健法の医療を受けたとき	市町村番号	受給者番号	発行機関名		
⑯ 介護保険法のサービスを受けたとき	保険者番号	被保険者番号	保険者名称		
⑰ 障害厚生年金を受給していますか	はい・いいえ・申請中	⑱ 資格喪失者及び任意継続被保険者の方で老齢又は退職を事由とする公的年金を受給していますか	はい・いいえ・申請中		
⑲ 労災保険から休業補償給付を受けている間の傷病手当金の請求ですか	いいえ 労災請求中 はい	左の覧で「労災請求中」又は「はい」の方は右覧を記入してください 請求(支給)労働基準監督署名 ※「はい」の方は支給決定通知書の写を添付してください			

⑳ 振込口座	銀行 ()	口座の種類	店番号	口座番号	右詰めでご記入ください	フリガナ
	支店 ()	普通・当座				名義

※ 東京金属事業健康保険組合 受付日付印

※「初回申請分」には、申請期間とその期間前1ヶ月分の賃金台帳・出勤簿(タイムカード)の写しを添付してください。
 なお、給与等の支払いがある場合は賃金台帳(写し)の余白欄にその計算式を記入してください。

この欄の訂正をした場合は事業主の印

⑳ 労働に服さなかった期間	平成 20年 6月 3日 から 平成 20年 6月 22日 まで	20日間	ただし (具体的な日付を記入してください) は出勤のため除く 又は 有給休暇		
㉑ 職場復帰しましたか	ア 欠勤中(証明日現在) 6月23日から出勤 ウ 月 日付で退職	⑳ 報酬の締切日 20日 ㉒ 報酬の支払い日 25日	⑳ 報酬の支払い形態	ア 月給制 イ 日給月給制 ウ 日給制 エ 時間給制 オ その他 ()	
㉓ ⑲の期間中の分として報酬を全額または一部支給した場合またはする場合	20年 5月 21日 から 20年 6月 20日 まで	交通費 15,600 円(6月 25日 支払)			
㉔ 現在までも、将来も支給しない場合はその旨	現在までも、また将来も支給しない うえのとおり相違ないことを証明します。平成 20年 6月 25日				
㉕ 事業所所在地	160-0000				
㉖ 事業所名	〇〇鋼業(株)				
㉗ 事業主氏名・印	〇〇□□男				
㉘ 電話番号	03-0000-0000				

この覧の訂正をした場合は医師の印

㉙ 傷病名	(1) 胃潰瘍 (2) (3)	療養の給付開始年月日(初診日)	(1) 平成20年 6月 2日 (2) 年 月 日 (3) 年 月 日
㉚ 発病または負傷の原因	不詳	㉛ 発病または負傷の年月日	昭和 平成 20年 6月 2日
㉜ 労務不能と認められた期間	平成 20年 6月 3日 から 平成 20年 6月 22日 まで	20日間	㉝ 左の期間中の診療実日数 18日間 (入院期間も含む)
㉞ 上記㉜の期間中における傷病の主状態および経過概要 ※詳しくご記入ください	胃痛の訴えを受け、検査の結果、潰瘍を認めたため、入院治療とするが、経過は良好なものの、なお自宅療養が必要 ◎就労の見込みについて(ア、月 日頃から就労可能の見込み イ、現時点では不明)		
㉟ うえの㉜の期間中に入院した期間がある場合はその期間	平成 20年 6月 3日 から 平成 20年 6月 17日 まで	15日間	㊱ 転帰 治療 継続 中止 転医 ㊲ 療養費用の別 健保 自費 公費 その他
㊳ 人工透析を実施または人工臓器を装着したときに記入する欄	A 人工透析を実施又は人工臓器を装着した日 B 人工臓器等の種類	昭和・平成 年 月 日	ア 人工肝門 イ 人工関節 ウ 人工骨頭 エ 心臓ペースメーカー オ 人工透析 カ その他 ()
㊴ うえのとおり相違ありません。	平成 20年 6月 22日		
㊵ 医療機関所在地	文京区〇〇町1-2-3		
㊶ 医療機関名称	××総合病院		
㊷ 医師の氏名・印	△△○男		
㊸ 電話番号	03-0000-0000		

被保険者(請求者)以外の方が受け取る場合には委任状が必要です。

被保険者(請求者)	本請求に基づく給付金の受領方を下記代理人に委任します。		平成 年 月 日
	住所		
	氏名		㊹ (③欄と同じ印を押してください)
㊺ 委任状 受領代理人	郵便番号		
	住所		
	氏名		㊻ 委任者と代理人との関係
	電話番号 平日昼間の連絡先	()	(会社・自宅・携帯)