

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 回目)

|                                                          |                             |                          |      |                  |                                                    |  |
|----------------------------------------------------------|-----------------------------|--------------------------|------|------------------|----------------------------------------------------|--|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>が<br>記<br>入<br>す<br>る<br>と<br>こ<br>ろ | 被保険者等の<br>記号番号              | 記号<br>番号                 | 事業所名 | 電話               |                                                    |  |
|                                                          | 被保険者<br>氏名                  | フリガナ                     |      |                  | 生年月日                                               |  |
|                                                          |                             |                          |      |                  | 昭和・平成 年 月 日                                        |  |
|                                                          | 被保険者<br>住所                  | 〒                        |      |                  | 電話                                                 |  |
|                                                          |                             |                          |      |                  |                                                    |  |
|                                                          | 傷病名                         |                          |      |                  | 初診日                                                |  |
|                                                          |                             |                          |      |                  | 平成・令和 年 月 日                                        |  |
|                                                          | 発病の状態<br>又は負傷の<br>原因を詳しく    |                          |      |                  | 第三者行為によるものですか                                      |  |
|                                                          |                             |                          |      |                  | いいえ<br>はい ※「はい」の場合、別紙「第三者行為に<br>よる傷病事故届」を添付してください。 |  |
|                                                          | 傷病又は負傷で療養のため休んだ期間<br>(申請期間) | 令和 年 月 日から<br>令和 年 月 日まで |      |                  | 日間                                                 |  |
|                                                          | 上記期間中における療養状況を詳しく           | (病状やどのように過ごしたかなど具体的に)    |      |                  |                                                    |  |
|                                                          |                             | (医師からの指示内容)              |      |                  |                                                    |  |
| 上記期間中に報酬を受けましたか                                          | 受けていない<br>受けた (令和 年 月分 円)   |                          |      |                  |                                                    |  |
| 障害厚生年金又は障害手当金受給の有無                                       | 有・無・請求中                     |                          |      | 基礎年金番号           | —                                                  |  |
| 受給傷病名                                                    |                             |                          |      | 障害厚生年金<br>・手当金の額 | 円                                                  |  |
| 任意継続被保険者・<br>資格喪失者の方                                     | 老齢又は退職を事由とする<br>公的年金受給の有無   | 年金証書の<br>記号番号・年金コード      |      | 年金額              |                                                    |  |
|                                                          | 有・無・請求中                     |                          |      |                  |                                                    |  |
|                                                          | 無職無収入の申立                    | 令和 年 月 日から<br>令和 年 月 日まで |      | 日間 無職無収入でした。     |                                                    |  |

|             |                             |          |
|-------------|-----------------------------|----------|
| 委<br>任<br>状 | 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。 | 令和 年 月 日 |
|             | 被保険者<br>(請求者)               |          |

|                            |                     |          |       |
|----------------------------|---------------------|----------|-------|
| 支<br>払<br>金<br>融<br>機<br>関 | ※退職後の申請の場合、ご記入ください。 |          |       |
|                            | 銀行<br>信用金庫          | 本店<br>支店 | 普通・当座 |
|                            | 口座番号                | 口座名義     | フリガナ  |
|                            |                     |          |       |

受付日付印

|            |
|------------|
| 社会保険労務士記載欄 |
| 氏 名 等      |

|                          |                           |                                |                                                          |                                                                                     |              |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |                                                                                                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |    |     |    |   |  |  |  |
|--------------------------|---------------------------|--------------------------------|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------|--|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|----|-----|----|---|--|--|--|
| 事業主が証明するところ              | 被保険者氏名                    |                                | 社員番号                                                     |                                                                                     |              |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |                                                                                                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |    |     |    |   |  |  |  |
|                          | 勤務状況                      |                                | 【出勤は○】、【有給は△】、【公休は公】、【欠勤は/】でそれぞれ表示してください。                |                                                                                     |              |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |                                                                                                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |    | 出勤  | 有給 |   |  |  |  |
|                          | 令和                        | 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 |  |  |  |
|                          | 令和                        | 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 |  |  |  |
|                          | 令和                        | 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 |  |  |  |
|                          | 上記の期間に対して、賃金を支給しました(します)か |                                | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |                                                                                     |              |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 給与の種類 |  | <input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 時間給<br><input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 歩合給<br><input type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> その他 |  |  |  |  |  |  |    |     |    |   |  |  |  |
|                          | 支給した(する)賃金内訳              | 上記の期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況をご記入ください。 |                                                          | 賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)についてご記入ください。                                                       |              |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |                                                                                                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |    |     |    |   |  |  |  |
|                          |                           |                                | 月 日～<br>月 日分                                             | 月 日～<br>月 日分                                                                        | 月 日～<br>月 日分 |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |                                                                                                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |    |     |    |   |  |  |  |
|                          |                           |                                | 支給額                                                      |                                                                                     | 支給額          |  | 支給額 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |                                                                                                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |    |     |    |   |  |  |  |
|                          |                           | 基本給                            |                                                          |                                                                                     |              |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |                                                                                                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |    |     |    |   |  |  |  |
| 通勤手当                     |                           |                                |                                                          |                                                                                     |              |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |                                                                                                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |    |     |    |   |  |  |  |
| 残業手当                     |                           |                                |                                                          |                                                                                     |              |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |                                                                                                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |    |     |    |   |  |  |  |
|                          |                           |                                |                                                          |                                                                                     |              |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |                                                                                                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |    |     |    |   |  |  |  |
| 計                        |                           |                                |                                                          |                                                                                     |              |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |                                                                                                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |    |     |    |   |  |  |  |
| 上記のとおり相違ないことを証明します。      |                           |                                |                                                          |                                                                                     |              |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |                                                                                                                                                                                    |  |  |  |  |  |  | 令和 | 年   | 月  | 日 |  |  |  |
| 事業所所在地<br>事業所名称<br>事業主氏名 |                           |                                |                                                          |                                                                                     |              |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |                                                                                                                                                                                    |  |  |  |  |  |  | 電話 | ( ) |    |   |  |  |  |

|                              |                     |  |             |    |             |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |     |   |   |
|------------------------------|---------------------|--|-------------|----|-------------|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----|-----|---|---|
| 療養を担当した医師が証明するところ            | 傷病名                 |  |             |    |             |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |     |   |   |
|                              | 発病又は負傷年月日           |  | 平成・令和 年 月 日 |    |             |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |     |   |   |
|                              | 療養の給付開始年月日(初診日)     |  | 平成・令和 年 月 日 |    |             |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |     |   |   |
|                              | 発病又は負傷の原因           |  |             |    |             |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |     |   |   |
|                              | 労務不能と認めた期間          |  | 令和 年 月 日から  | 日間 | 左記期間中の診療実日数 | 日間     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |     |   |   |
|                              |                     |  | 令和 年 月 日まで  |    |             |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |     |   |   |
|                              | 上記期間中に入院した期間        |  | 令和 年 月 日から  | 日間 | 入院費用別       | 健保・公費  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |     |   |   |
|                              |                     |  | 令和 年 月 日まで  |    |             | 自費・その他 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |     |   |   |
|                              | 傷病の主症状及び経過概要        |  |             |    |             |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |     |   |   |
|                              | 上記のとおり相違ないことを証明します。 |  |             |    |             |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    | 令和  | 年 | 月 |
| 医療機関の所在地<br>医療機関の名称<br>医師の氏名 |                     |  |             |    |             |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 電話 | ( ) |   |   |