

健康保険 傷病手当金請求書 (第 回)

被 保 険 者 （ 請 求 者 ） が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の記号・番号 (記号) (番号)		② 事業所名		③ 被保険者の業務の種別 (既に退職している場合は退職前の業務の種別)	
	④ 氏名 (フリガナ)	⑤ 生年月日 昭和 平成 年 月 日		⑦ 請求期間 (病気又はケガのため休んだ期間) 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで ただし(具体的な日付を記入してください)		
	⑥ 住所 (相続人からの請求の場合は被保険者氏名:)	TEL () -		⑧ 左の期間(請求期間)に給料を受けましたか ア. 全部受けた 年 月 日から イ. 全部受けられる 年 月 日まで ウ. 一部受けた エ. 一部受けられる オ. 受けられない 円		
	⑨ 請求の原因となった傷病名		⑩ 負傷(ケガ)は第三者の行為によるものです ケガ⇒ はい ・ いいえ ⇒ 病気⇒		⑪ 発病の原因 発病の年月日 (どこで) 年月日 () 時 分頃 (何をしていた、どのように負傷しましたか) ア. 私用中 イ. 仕事中 ウ. 通勤途中 エ. その他 ()	
	⑬ 介護保険法のサービスを受けていますか いいえ・はい ⇔		保険者番号	被保険者番号	保険者名称	
	⑭ 障害厚生年金又は障害手当金を受けていますか いいえ・請求中・はい ⇔		基礎年金番号	障害厚生年金又は障害手当金の受給の原因となった傷病名		
	⑮ 老齢又は退職を事由とする公的年金を受けていますか いいえ・請求中・はい		任意継続被保険者の方及び資格喪失者の方			
	基礎年金番号		年金額		円	
	年金を受給されている方は年金コード又は記号番号もしくは番号		合計		円	
	請求者又は受取代理人 が記入するところ	⑯ 振込先 (フリガナ)		銀行 金庫 組合 農協		本店 支店 出張所
口座番号		口座名義人の氏名 カタカナでご記入願います		預金種別 1:普通 2:当座 3:別段 4:その他		
↑ 被保険者(請求者)名義のもの(受領委任をする場合は代理人名義のもの)を記入してください。						
この欄は給付金の受取を代理人に委任する場合のみ記入して下さい。	⑰ 受取代理人の欄 本請求に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。 令和 年 月 日 被保険者(請求者)住所 氏名		代理人の氏名 (フリガナ) 代理人の住所・電話番号 (フリガナ) 〒 -		被保険者(請求者)との関係	
	電話 ()		受付年月日			
	◎記入するときは、「裏面の注意事項」をご覧ください					

大阪婦人子供既製服健康保険組合

事 業 主 が 証 明 す る と こ ろ	⑦の期間のうち労務に服さなかった期間 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで は出勤のため除く 是有給休暇		⑧ 職場復帰しましたか ア. 欠勤中(証明日現在) イ. 月 日から出勤 ウ. 月 日付で退職	⑨ ⑦の期間に報酬を支給しましたか ア. 全部支給した イ. 全部支給する ウ. 一部支給した エ. 一部支給する オ. 支給しない																																																																																																																															
	⑫ 報酬の支払形態 ア. 月給制 イ. 日給月給制 ウ. 日給制 エ. 時間給制 オ. その他 ()		⑬ 報酬の締切日・支払日 (締切日) (支払日)	⑭ 欠勤した場合の報酬の支給方法 ・基本給は ア. 控除しない イ. 控除する ・諸手当は ア. 控除しない イ. 控除する その他 ()																																																																																																																															
	出勤は○ 欠勤は× 有給は◎ 休日◎		<table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td></tr> <tr><td>月</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>月</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td></tr> <tr><td>月</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td></tr> </table>			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	月																															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	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
	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																																																																																																				
	月																																																																																																																																		
	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																																																																																																			
	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																																																																																																			
	⑮ ⑦の期間中における報酬(今後支払い予定のものを含む)の支給額等について、報酬の締切ごとに記入してください。																																																																																																																																		
	欠勤しなかった場合の1か月の報酬支払額		基本給	家族手当	役付手当	通勤手当	手当	手当	手当																																																																																																																										
	円		円	円	円	円	円	円	円																																																																																																																										
年月日		円	円	円	円	円	円	円																																																																																																																											
年月日		円	円	円	円	円	円	円																																																																																																																											
年月日		円	円	円	円	円	円	円																																																																																																																											
⑯ 上記のとおり相違ありません。 事業所の所在地 令和 年 月 日 事業所の名称 事業主の氏名 TEL () -																																																																																																																																			
医 師 が 意 見 を 書 く と こ ろ	⑰ ⑦の期間のうち労務不能と認められた期間 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		⑱ 労務不能の原因となった傷病名 (症状の重い順に記載してください)	⑲ 発病又は負傷の年月日	⑳ 診察開始年月日																																																																																																																														
	1. 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		2. 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	昭和・平成・令和 年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日																																																																																																																														
	⑳ 診察実日数		㉑ 転帰 ア. 継続 イ. 転医 日 ウ. 治癒(月 日)	3. 疾病以上のとき	昭和・平成・令和 年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日																																																																																																																													
	㉒ (A)の期間のうち入院した期間 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		㉓ 傷病の主状態及び経過概要をできるだけ詳しく記入してください (A)で労務不能と認められた期間の「主症状及び経過」、「治療内容、検査結果、療養指導」等(くわしく)																																																																																																																																
	㉔ (H)の期間の入院費用の区分 1.健康保険 2.公費 3.自費 4.その他		㉕ 人工透析を実施したときに記入する欄 昭和 平成 令和 年 月 日 人工透析実施 人工臓器装着 (人工臓器等の種類) ア. 人工透析 イ. 人工肛門 ウ. 人工関節 エ. 人工骨頭 オ. 心臓ペースメーカー カ. その他 ()																																																																																																																																
㉖ 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)																																																																																																																																			
㉗ 上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日 医療機関の所在地 医療機関の名称 医師の氏名 TEL () -																																																																																																																																			