

伺年	月	日	令和	年	月	日
決議年	月	日	令和	年	月	日
支給	健康保健組合の記載項目 (記入不要)					円
支給期	平成・令和 年 月 日まで					日間
標準報酬月額						千円
資格喪失年月日	平成・令和 年 月 日					

常務理事	事務長	担当者
健康保健組合の記載項目 (記入不要)		

通算で何回目の申請かを記載

①(第 1 回)

請求日： 令和 6 年 8 月 7 日

請求日と他の期間・期日との整合性(不一致していないか?)
毎月の締日は10日間

健康保険 傷病手当金請求書

保険証記載の記号・番号を記載

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	② 被保険者証の記号番号	記号 1	③ 被保険者の氏名	岡村 太郎		
		番号 123456				
	④ 被保険者の現住所	〒123-0045 横浜市西区北幸1-4-1			電話	045-000-0000
	⑤ 傷病名	心臓疾患			⑥ 発病・負傷の年月日	平成・令和 6 年 4 月 1 日
	⑦ 発病の状態又は負傷の原因	心臓疾患の後遺症により就業不可			⑧ 第三者行為によるものですか	はい・いいえ
	⑨ 療養のために休んだ期間	令和 6 年 6 月 21 日 ~ 6 年 7 月 20 日			30 日間	
	⑩ 障害厚生年金又は障害手当金を受給していますか	はい・請求中・ いいえ ・「はい」を選択のときは、年金証書のコピーを添付してください。 ・「請求中」を選択のときは、年金証書が届き次第、コピーを健保組合へ送付下さい。				
	⑪ 老齢厚生年金等の公的年金を受給していますか	はい・請求中・ いいえ ・「はい」を選択のときは、年金証書のコピーを添付してください。 ・「請求中」を選択のときは、年金証書が届き次第、コピーを健保組合へ送付ください。				
	*退職者で、在職中の給与振込口座以外を希望の方はご記入ください。					
	⑫ 支払金融機関	金融機関名	支店名			
		預金種目	口座番号			
	口座名義	*口座名義は、請求者ご本人です。 *カナ欄も忘れずにご記入ください。				

氏名の自筆署名を確認

病名等の情報が傷病手当金(添付)の医師証明と一致しているか確認

「はい」を選択された場合は、各証書のコピーを添付

退職者以外は記入不要

受付印は健保で押印

委任状	⑬ 私は、事業主(会社)を代理人と定め、傷病手当金の受領を委任します。	住所	横浜市西区北幸1-4-1		
	本人(申請者)	氏名	岡村 太郎		
	※代理人(事業主)	住所	事業主記載 ゴム印可		
		氏名	担当者		

受付印

傷病手当金を給与として支払・受取ための確認項目のため記入必須(退職者、任意継続被保険者は不要)

事業主証明欄なので、事業主のゴム印と承認したご担当の印をお願いします。

※請求に当たっての留意事項

傷病手当金(添付)の事業主証明の出勤状況で確認

- 傷病手当金は、被保険者が傷病(公傷を除く)のため勤務を休んだことにより賃金を受けられない場合に支払われます。
- ①は、⑤の傷病で継続して請求する場合、何回目の請求であるかを記入してください。
- ②は、健康保険被保険者証に書いてあるものを、そのまま転記してください。
- ⑨は、実際に⑤の傷病で休んだ日から記入してください。
(病院には行かず自宅療養していた場合や有休を取った場合も含めてください)
- ⑬の本人の欄は、事業主経由(給与振込)で支給するための署名です。必ず署名してください。
※印の代理人欄は、記入しないでください。(退職者は除く)

請求書は原紙提出(PDF、FAX不可)

健保2-020-0

被保険者証の記号番号	記号	1	氏名	岡村 太郎
	番号	123456		

申請者本人が記載

※氏名欄は、申請者が必ず自筆で署名して下さい。

療養担当医師の記入欄

療養担当	傷病名	心臓疾患	発病・負傷の年月日	平成(令和)6年4月1日	
	発病・負傷の原因	不明	療養の給付を開始した年月日	平成(令和)6年4月10日	
当	労務不能と認められた期間	令和6年6月1日から 令和6年6月30日まで	30日間	左の期間中の 診療実日数	2日間
	医師	労務不能である状況がどのようなものであるか傷病の主状態及び経過概要について具体的に詳しく記入してください	この期間の身体状態	心臓疾患により自宅安静が必要。就業不可	
請求が2回目以降の場合、前回の症状との比較			変化は微妙だが、改善に向かっている		
この期間の治療状況			経過観察、投薬継続		
の	上記期間中に入院した期間がある場合はその期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	0日間	入院の費用の別	健保・公費 自費・その他
	見	上記のとおり相違ありません。 令和6年7月2日			
欄	医師または歯科医師の住所	横浜市中央区住吉町1-100-100			
	氏名	横浜 関内 次郎 院長			

病気が発病、ケガをした日
病院に初めてかかった日

医師が記載 (本人記載は無効)

医師の押印は必須 住所、氏名はゴム印可。押印シャチハタ可(電子印不可)

事業主の記入欄

事業主	出勤状況	A: 労務に服さなかった期間(有給休暇も含めて)	令和 年 月 日 ~ 年 月 日	日間	
	賃金の支給状況	A: 期間に対し賃金を支給しましたか？または今後支給しますか？ はい ・ いいえ ※はいの場合はB:を記入			
の	賃金の支給状況	給与締日	日	給与支給日 (当月・翌月)	日
		賃金の名称	支給対象期間	支給日	支給額
明	B: その他の賃金減額	地域手当	月 日 ~ 月 日	月 日	円
		寮・社宅費(現物支給分)	月 日 ~ 月 日	月 日	円
		通勤手当		月 日	円
		※欠勤分が未精算のときに記入		月 日	円
と	[備考]	事業主が添付する書類 ・勤務管理表(勤務状況) ・賃金台帳(その他の賃金減額分を含む) 証拠を添付下さい。※コピー可			
こ		上記のとおり相違ないことを証明します 令和6年7月8日			
ろ	事業主(会社)	所在地 名称 代表者氏名			

事業主が、記載

※被保険者の資格喪失後の期間についての証明は必要ありません。