

健 保 記 入 欄	常務理事	事務長	係員	係員	資格取得年月日	資格喪失年月日	受付整理No.
					昭・平・令 年 月 日	令和 年 月 日	
					支給決定年月日	支給予定年月日	標準報酬月額/日額
					令和 年 月 日	令和 年 月 日	円/円
	支給額				支給期間	年 月 日～ 月 日迄 (日間)	
				前回支給期間	年 月 日～ 月 日迄 (日間)		



健康保険 傷病手当金請求書 (第 回)

※ この請求書は、各事業所に提出してください (退職者は除く)

① 被 保 険 者 記 入 欄	健康保険証等の 記号・番号	—	会社箇所名			
			勤務先電話	— —		
	被保険者氏名	(フリガナ)	生年月日	昭和 ・ 平成	年 月 日	傷病コード(健保記入)
	発病又は 負傷の年月日	令和 年 月 日	傷病名			
	発病又は 負傷の原因					
	労務に服することが できなかった期間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日まで (日間)				
	障害年金、障害手当 金、老齢年金を受給 している場合	年金の 種別	障害年金・障害手当金・老齢年金	年金の支給事由 となった傷病名		
		受給 開始日	平成・令和 年 月 日	年金証書の 記号番号		
	被保険者名義 振込先口座	銀行	支店	普通 当座	口座番号:	カタカナ 口座名義:
		ゆうちょ銀行をご希望の場合は、 通帳右上記載の記号と番号もご記入ください		記号:	番号:	
近畿日本ツーリスト健康保険組合理事長殿 上記のとおり、傷病手当金を請求します。 令和 年 月 日 〒 連絡先(携帯)電話 — — 住所 被保険者の署名						

② 療 養 を 担 当 し た 医 師 意 見 欄	傷病名		発病又は 負傷の原因	
	発病又は負傷 の年月日	令和 年 月 日	診療開始 年月日	令和 年 月 日
	労務不能と 認められた期間	令和 年 月 日 ～ 年 月 日まで (日間)	診療 実日数	日
	うち入院期間	令和 年 月 日 ～ 年 月 日まで (日間)		
	傷病の主症状 及び経過の概要	上のとおり相違ありません。 令和 年 月 日 医療機関の所在地 名称 医師の署名 電話 — —		

③ 事 業 主 証 明 欄	労務に 服さなかった期間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日まで (日間)				
	上の期間中に支払った報酬はありますか?	「ある」場合は、下のA・Bに詳細をご記入ください。 「ない」場合は、下のA・Bの金額欄に『なし』とご記入ください。				
	A: 全額を 支払った期間	年 月 日から 年 月 日まで	金 円 (日額 円)	/	支払	
	B: 通勤交通費を 支払った期間	年 月 日から 年 月 日まで	金 円 (日額 円)	/	支払	
	添付書類	<input type="checkbox"/> 出勤簿の写し 月 ～ 月分 (計 枚) <input type="checkbox"/> 貸金台帳の写し 月 ～ 月分 (計 枚)				
	上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話 — —					

※ 被保険者証等の記号番号を記入した方は、記入不要

被保険者のマイナンバー記入欄(医師証明後に記入) →

記号番号に代え、マイナンバーを記入し申請する場合は、「個人番号確認」「本人確認」をするための添付書類が必要になります。