健康保険　傷病手当金　請求書（第　回）

被保険者記入用

被保険者情報				
被保険者等	記号　　番号	生年月日	昭和・平成　　年　月　日
氏名	（フリガナ） □本人記載確認	電話番号（日中連絡先）	（　　）
住所	〒　　－		
事業所名称		資格取得日	昭和・平成 令和　　年　月　日

申請内容			
傷病名	1）	発病又は負傷年月日	平成 令和　年　月　日
	2）		平成 令和　年　月　日
	3）		平成 令和　年　月　日
発病時の状況又はケガの原因（詳しくご記入ください）			
仕事の内容（具体的に）			
療養のため休んだ期間（申請期間）	令和　年　月　日　から 令和　年　月　日　まで　　日間		
上記期間に報酬を受けましたか。または今後受けられますか	はい いいえ	「はい」の場合、その報酬支払の基礎となった期間と報酬額	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで　報酬額　円
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」「請求中」の場合、受給の要因となった傷病名と基礎年金番号等	傷病名　年金の種類　□障害手当金　□障害厚生年金 基礎年金番号　年金額　円
老齢または退職を事由とする公的年金を受給していますか	はい 請求中 いいえ	「はい」「請求中」の場合、受給の要因となった傷病名と基礎年金番号等	年金の名称 基礎年金番号　年金額　円

退職者は記入					
□　マイナポータル等で事前登録した受取口座を利用します。（利用する場合は☑、利用しない場合は下記の欄に記入）					
雇用保険の基本手当を受けていますか　（※退職者のみ記入）	受けている　・　延長手続中　・　受けない				
口座名義	銀行名	支店名	口座名義（フリガナ）	種別	口　座　番　号
				普・当	

委任状	
被保険者（請求者）	私はこの給付金の受領を下記受任者に委任します。　令和　年　月　日 住　所 氏　名　　印
受任者（事業所）	住　所 氏　名　　印

組合使用欄		
取得　・　・	喪失　・　・	支給年月日　・　・

社会保険労務士の提出代行者印	

東京都鉄二健康保険組合

本人押印・署名の省略にあたり、被保険者本人が記載したことの確認の為「□本人記載確認」欄にチェックをしてください。

申請の際は必ず２枚１セットでご提出ください。また外傷による請求の場合には別途負傷原因届の提出が必要です。

※別途書類のご提出をお願いする場合がございます。

健康保険　傷病手当金　請求書　療養担当者・事業主記入用

○訂正した時は訂正印をお願いします。
○労務不能と認めた期間には証明日以前の期間をご記入ください。

療養担当者が意見を記入するところ

患者氏名			
傷病名	1）	療養の給付開始年月日（初診日）	昭和・平成・令和　年　月　日から
	2）		昭和・平成・令和　年　月　日から
	3）		昭和・平成・令和　年　月　日から
発病または負傷の年月日	平成・令和　年　月　日　□発症　□負傷	発病または負傷の原因	
労務不能と認めた期間	令和　年　月　日から　令和　年　月　日まで　（歴日数）　日間	左記期間中の診療実日数	日（入院期間を含む）
うち入院期間	令和　年　月　日から　令和　年　月　日まで　（歴日数）　日間入院	転帰	□治癒　□中止　□繰越　□転医　□死亡

上記の期間中における「主たる症状および経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等詳しくご記入ください。

症状経過からみて従来の職種について労務不能と認められた医学的所見

人工透析または人工臓器を装着したとき	人工透析の実施または人工臓器を装着した日	□昭和　□平成　□令和　年　月　日	人工臓器等の種類　□ 人工肛門　□人工関節　□ 人工骨頭　□心臓ペースメーカー　□ 人工透析　□その他（　　）

上記の通り相違ありません。

令和　　年　　月　　日

医療機関　所在地　〒

医療機関名

医師氏名　　電話番号　（　　）

事業主が証明するところ

被保険者氏名			
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	（歴日数）　日間	

*第1回、請求期間に出勤日を含む場合、退職日を含む請求の場合、当該期間の賃金台帳とタイムカード（出勤簿）の写しを提出してください。それ以外の場合にも添付書類をお願いいする場合があります。

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、出勤・有給の日数を記入してください。		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か	□ はい　□ いいえ	給与の種類	□月給　□時間給　□日給　□その他　□日給月給　（　　）	賃金計算	締日　日　支払日　□当月　□翌月　日

上記の期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況を記入、支払割合は1か月分の給与に対し全部か一部か該当する方に○をつけてください。

支給した賃金内訳　区分＼期間	全額 支払った場合の一か月の賃金	月　日～　月　日分 支給額（支払割合）	月　日～　月　日分 支給額	月　日～　月　日分 支給額	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。
基本給	円	円（全・一部）	円（全・一部）	円（全・一部）	
通勤手当	円	円（全・一部）	円（全・一部）	円（全・一部）	
住居手当	円	円（全・一部）	円（全・一部）	円（全・一部）	
家族手当	円	円（全・一部）	円（全・一部）	円（全・一部）	
手当	円	円（全・一部）	円（全・一部）	円（全・一部）	
	円	円（全・一部）	円（全・一部）	円（全・一部）	
変動給	円	円（全・一部）	円（全・一部）	円（全・一部）	
計	円	円	円	円	

上記の通り相違ないことを証明します。

令和　　年　　月　　日

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名　　電話番号　（　　）

東京都鉄二健康保険組合