健康保険傷病手当金請求書

第　　回目

被保険者が記入する欄

被保険者等記号番号		生年月日	勤務先事業所 ・ 業務内容	
記号	番号	昭・平　年　月　日	事業所名称	
被保険者（請求者）の氏名	（フリガナ）		業務の内容	
被保険者（請求者）の住所	（フリガナ）		（電話番号）	
傷病名	(1) (2) (3)	（療養開始日）発病又は負傷年月日	(1)　年　月　日 (2)　年　月　日 (3)　年　月　日	
発病の状態又は負傷の原因を詳しく			第三者行為によるものですか いいえ ・ はい	
傷病又は負傷の療養をするため休んだ期間（請求期間）	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで　日間		労災保険から休業補償給付を受けている期間の請求ですか いいえ ・ 労災請求中 ・ はい	
上記の期間に報酬を受けましたか、又は受けられますか	受けた ・ 受けない 受けられる ・受けられな	報酬の支払いを受けた(受けられる)ときは、その報酬額とその報酬支払の基礎となった(なる)期間	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで　の分として 円	
介護保険法のサービスを受けたとき	保険者番号	被保険者番号	保険者名称	
障害厚生年金（共済）年金又は障害手当金（一時金）を受給していますか いいえ ・ 請求中 ・ はい	障害厚生年金（共済）年金又は障害手当金（一時金）の受給の原因となった傷病名		基礎年金番号	

（退職者～資格喪失者の方）

老齢又は退職を事由とする公的年金を受給していますか	いいえ ・ 請求中 ・ はい
年金コード番号と基礎年金番号を下段に記入してください	年　金　額
年金コード（　　）　基礎年金番号（　　）	円
年金コード（　　）　基礎年金番号（　　）	円
年金コード（　　）　基礎年金番号（　　）	円
年金の合計額	円
雇用保険法に定める基本手当（失業給付）を受給していますか	いいえ ・ 請求中 ・ はい
退職後に加入している医療保険はどちらですか	国保 ・ 任意継続 ・ 他の健康保険組合（協会けんぽ）

同意書

私は、この傷病手当金の請求に関し、生長会健康保険組合が医療機関（過去の傷病との関連により他の医療機関等に照会することを含む）、年金保険者及び医療保険者並びに事業所（勤務していた事業所を含む）に対して、療養内容、保険給付記録、年金情報、勤務状況等を照会することについて同意します。

令和　年　月　日　　被保険者氏名

誓約書

私は、この傷病手当金の請求期間に、障害又は老齢年金等による給付が、将来、受けられることにより返納金が発生した場合、生長会健康保険組合に速やかに報告のうえ、返納することを約束いたします。

令和　年　月　日　　被保険者氏名

※被保険者本人名義の銀行口座をお書きください

振込希望口座

☐ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。　（利用する場合 ☑　利用しない場合は下記の欄を記入。）

注） 口座情報の反映は登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。

預金種別	普通・当座	銀行　信用金庫 信用組合　農協	本店 支店
口座番号		口座名義（カタカナ）	

被保険者のマイナンバー記載欄
（被保険者等記号番号を記入した場合は不要です）

事業主が証明する欄

労務に服さなかった期間	※左記の期間中について 出勤した日	有給休暇の日	報酬を支給しましたか	職場復帰しましたか
令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで 日間			ア、全部支給した（支給する） イ、一部支給した（支給する） ウ、支給しない	ア、欠勤中（証明日現在） イ、　月　日から出勤 ウ、　月　日付け退職

報酬の支給形態	欠勤した場合の報酬の支給方法（控除計算方法）
ア、月給制 イ、日給・月給制 ウ、時間給制	◆基本給　ア、控除しない　イ、控除する（欠勤１日につき　　） ◆諸手当　ア、控除しない　イ、控除する（欠勤１日につき　　） ◆その他　（　　）

備考欄

上記に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　（　　）

療養を担当した医師の記載欄

傷病名		療養の給付開始年月日（初診日）
	(1)	(1)　令和　年　月　日
	(2)	(2)　令和　年　月　日
	(3)	(3)　令和　年　月　日

発病又は負傷の年月日	年　月　日　発病 負傷	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 令和　年　月　日まで　日間		
上記のうち入院期間	令和　年　月　日から　日間 令和　年　月　日まで　入院	入院費用の別	健保 ・ 公費 ・ 自費 ・ その他
		転帰	治癒 ・ 繰越 ・ 中止 ・ 転医

診療実日数 診療日を○で囲んで下さい			
月分	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	診療実日数	日
月分	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	診療実日数	日
月分	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	診療実日数	日

傷病の主状態及び経過概要

○労務不能期間中における「主たる症状、関連疾病及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等（詳しく）

○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な所見（詳しく）

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

電話番号　（　　）

生長会健康保険組合

※ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名（サイン）をご記入ください。