

最初に医療機関で証明してもらってください(右下証明書)

健康保険 傷病手当金(法定・付加) 延長傷病手当金付加金 **請求書 (第 1 回)**

記入例

※書類経路: 被保険者(請求者) ↓ 医療機関(証明) ↓ 被保険者 ↓ 事業所担当部署(事業主証明) ↓ 健保組合

記号・番号	1 1 0 1 - 1 2 3 4	生年月日	昭和 2 5 1 1 0 1 平成	被保険者(請求者)の氏名	ケンポ タロウ 健保 太郎
社員番号	4649	被保険者(請求者)の住所	〒 123 - 4567 Tel(0566) 82 - 9851 自宅住所を記 ○○県○○市○○町1-1		
照会等の同意	<input checked="" type="checkbox"/> 照会等の際に、貴保険組合が必要に応じ、担当医、事業主、年金事務所、等に必要な情報を提示すること及び照会すること、前職時のレセプトの開示することに同意します。また、この請求書の写しも有効であることに同意します。 ✓を入れてください				
傷病名	1. 急性肝炎		発病又は負傷年月日(療養開始日)	令和 6 年 4 月 1 日	発病又は負傷年月日(療養開始日)
発病又は負傷の原因(1回目の請求のみ記入)	<input checked="" type="checkbox"/> 仕事中以外(業務外)での傷病 <input type="checkbox"/> 仕事中(業務上)での傷病 <input type="checkbox"/> 通勤途中での傷病	詳細(どこで、何をしていた)	令和 6 年 4 月 1 日(月曜日)10時頃	第三者行為(交通事故やケンカ等)によるものですか はい ・ いいえ	
発病又は負傷の原因(1回目の請求のみ記入)	仕事中以外(業務外)での傷病 自宅です全身の倦怠感が強くなった。				
病气やけがで仕事を休んだ期間(請求期間)	令和 6 年 4 月 1 日から	令和 6 年 5 月 1 日まで	31 日間		
基礎年金番号	障害厚生年金又は障害手当金を受給していますか はい ・ いいえ ・ 請求中				
任意継続被保険者	年齢又は退職を事由とする公的年金を受給しているか 制度名 年金コード又は記号番号 現在の年金額				
振込希望口座	預金種別 普通当座	金融機関名(ゆうちょ銀行を含む)	知立	銀行 金庫 農協	富士 本店 出張所
受取代理人	本請求に基づく給付金に関する権限を代理人に委任します。 平成・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	〒 - Tel() - 令和 年 月 日 提出 提出日は健保が記入するので記入しないでください				

「記号・番号」はご自身のマイナポータルや「資格情報のお知らせ」に記載してありますのでご確認の上、ご記入ください。本人と被扶養者は同じ記号番号です。ご不明な場合は事業所にお問い合わせください。

⑤を添付してください。

出勤の有無や曜日に関係なく、医師が労務不能と認めた期間と同じにしてください。

業務に服さなかった期間	就労状況 (出勤…○、早退…◎、有給…△) と該当日に表示してください。午前・午後で状況が異なる場合は、これらを組合せて二段で記入してください。
令和 年 月 日から	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
令和 年 月 日まで	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
1か月分の基本給・諸手当の額(支給の有無に関係なく記入してください。)	基本給や諸手当の支給状況(給料の締切単位に記入)
基本給	月 日 ~ 月 日 月 日 ~ 月 日 月 日 ~ 月 日
月給・日給・時間給	円 (日分) 円 (日分) 円 (日分) 円
通勤手当 有・無 (1か月) 円 ()	円 ()
家族手当 有・無 (1か月) 円 ()	円 ()
手当 (1か月) 円 ()	円 ()
手当 (1か月) 円 ()	円 ()
給料の種類	月給・日給 日給月給・時間給 その他()
欠勤控除の有無及び控除の方法	基本給 控除する 控除しない
給料締切日	日給 通勤手当 控除する 控除しない
給料支払日	日払 其他の手当 控除する 控除しない
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 事業所の所在地 (記載者氏名) 名称 事業主の氏名 Tel () -	
療養を担当した医師が意見を書く欄	傷病名 発病又は負傷年月日 療養の給付開始年月日(初診日)
1. 急性肝炎	令和 6 年 4 月 1 日 令和 6 年 4 月 1 日
2.	令和 年 月 日 令和 年 月 日
発病又は負傷の原因	労務不能と認めた期間 診療実日数
不詳	令和 6 年 4 月 1 日から 令和 6 年 5 月 1 日まで 31 日間 20 日
傷病の主症状及び経過状況(上記労務不能と認めた期間における主たる症状、療養指導などについて詳しく記入してください。)	
4月1日、全身の倦怠感を訴え来院。検査の結果、急性肝炎と判明し入院。25日退院後も通院にて加療。5月1日まで自宅療養を要した。	
(1)人工透析を開始した日 (2)人工骨頭又は人工関節をそう入置換した日 (3)人工肛門を造設した日 (4)人工膀胱又は尿路変更術を施行した日 (5)心臓ペースメーカー、人工弁を装着した日 平成・令和 年 月 日	
上記のとおり相違ありません。 医療機関の所在地 愛知県知立市○○町○-○ 令和 6 年 5 月 10 日 名称 富士総合病院 医師の氏名 ○○ ○○ Tel(0566) 82 - 9851	