健康保険傷病手当金請求書　（第　　回目）

第一回目の請求については出勤簿・賃金台帳を必ず添付してください。

◎請求期間は、入院中を除き原則として一ヶ月単位で（給与の締切日毎に）請求してください。
◎被保険者等記号・番号は①マイナポータル、②資格情報のお知らせ、③資格確認書（健康保険証）のいずれかで確認し記入してください。

必ずA3用紙に印刷してご使用ください。

被保険者が記入するところ

① 被保険者等記号・番号	② 被保険者（請求者）の氏名	③ 生年月日	5：昭 7：平 9：令　年　月　日
④ 被保険者（請求者）の住所	〒　－　電話　（　）	⑤ 業務の種別（具体的に）	
⑥ 事業所の 名称		⑦ 標準報酬月額	千円
所在地	〒　－　電話　（　）		
⑧ 傷病名	(1)　(2)　(3)　(4)	㋐発病又は負傷年月日（療養開始日）	(1)　年　月　日 (2)　年　月　日 (3)　年　月　日 (4)　年　月　日
⑨ 介護保険法のサービスを受けたとき	㋑ 保険者番号	㋒ 被保険者番号	㋓ 保険者名称
⑩ 発病の状態又は負傷の原因を詳しく			
⑪ 疾病又は負傷の療養をするため休んだ期間	自　年　月　日 至　年　月　日	日間	⑫ 第三者行為によるものですか いいえ　・　はい
⑬ うえの⑪に書いた期間中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・受けられない	⑭ 報酬の支払を受けた（受けられる）ときはその報酬の額と、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
⑮ 障害厚生（基礎）年金又は障害手当金を受給していますか	いいえ・請求中・はい	㋔ 受給の原因となった傷病名 ㋕ 基礎年金番号 ㋖ 年金（手当金）額	円
⑯ 資格喪失者及び任意継続被保険者の方	㋗ 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	㋘ 年金コード又は記号番号もしくは番号	㋙ 年金額 円

◎「1. 個人振込」または「2. 事業所払い」のどちらかを記入してください。

1. 個人振込

口座確認のため、通帳等の銀行名・支店名・預金種別・口座番号・口座名義の記載のある部分のコピーを必ず添付してください。

支払金融機関欄				
金融機関コード		支店番号		口座番号
金融機関名	銀行　　支店			
預金種別	普通・当座	口座名義人（カタカナ）		

2. 事業所払い（個人振込の場合は記入しないでください）

令和　年　月　日提出
組合受付印

委任状

私は下記の者を代理人と定め傷病手当金の受領方を委任します。

令和　年　月　日

被保険者氏名（請求者）

給付金受領責任者

東京都土木建築健康保険組合

事業主が証明するところ

⑰ 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　日間

⑱ 出勤は○で、有給は△で、公休は公で、欠勤は／でそれぞれ表示してください。

	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	計 出勤	計 有給
年　月																																日	日
年　月																																	
年　月																																	

⑲ うえの期間中の分として、報酬を全部又は一部支給した場合又は支給する場合	全部・一部	(自) 年　月　日	(至) 年　月　日	日間	円	月日額　円	日支払
	全部・一部	(自) 年　月　日	(至) 年　月　日	日間	円	月日額　円	日支払
	全部・一部	(自) 年　月　日	(至) 年　月　日	日間	円	月日額　円	日支払
	全部・一部	(自) 年　月　日	(至) 年　月　日	日間	円	月日額　円	日支払
⑳ 現在までもまた将来も支給しない場合はその旨							

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和　年　月　日

事業所所在地
事業所名称
事業主氏名

電話　（　）

療養を担当した医師が意見を書くところ

㉑ 傷病名	
㉒ 発病又は負傷の年月日	年　月　日
㉓ 療養の給付を開始した年月日	年　月　日
㉔ 発病又は負傷の原因	
㉕ 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
㉖ ㉕欄で認めた期間について傷病の主状態および経過概要を詳しく記入してください	
人工透析または人工腎臓等を装着したとき	人工透析を実施または人工腎臓を装着した日　令和　年　月　日
	人工腎臓等の種類　ア、人工腎臓　イ、人工膀胱　ウ、人工関節　エ、人工骨頭　オ、心臓ペースメーカー　カ、人工透析　キ、その他（　）
㉗ うえの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　日間
㋚ 左の期間中の診療実日数	日間
㋛ 入院の費用の別	健保・公費 自費・その他

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和　年　月　日

医療機関所在地
医療機関の名称
医師の氏名

電話　（　）

訂正される場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容を記入してください。
※二重線の近くに事業主によるフルネームの署名または押印が必要です。

（「被保険者が記入するところ」欄の注意事項）

ア、　③の年号、⑫、⑮及び⑯の㋐は、それぞれ該当する文字をマルで囲んでください。
　なお、⑬は、請求書を提出するとき現在までのことを、「受けた」「受けない」に、また、将来のことを「受けられる」「受けられない」にわけて2つの事項をマルで囲んでください。

イ、　⑤は、「経理担当事務」「現場監督」または「現場作業員」などと具体的に記入してください。

ウ、　⑨の㋑、㋒及び㋓は介護保険の被保険者証に記載されています。

エ、　⑩は、いつ（令和〇年〇月〇日午前〇時）、どこで（自宅の庭で）、なにを（植木を）、どうしているうち（手入れしているうち）、なにが（脚立が）どういうふうになって（倒れて）、どこを（顔を）、どうした（裂傷した）というように詳しく記入してください。

オ、傷病の原因が第三者行為によるものであるときは、別に「第三者行為による傷病届」を、また、外傷の場合は、「負傷原因届」を作成しこの請求書に添付してください。

カ、　⑮又は⑯の㋐で「はい」に該当する方は、「年金証書の写し」、「年金額及び支給開始年月日を証明する書類」及び「直近の額を証明する書類（年金改定通知書の写し等）」を添付してください。

（「事業主が証明するところ」欄の注意事項）

キ、　⑲の「全額支給」または「一部支給」とは、1日当たりの賃金の全部または一部の意味です。

ク、　⑳に該当する場合は、「現在までも、また将来も支給しない」と記入してください。

ケ、　被保険者の資格を喪失した後の期間にかかる請求であるときは、事業主の証明は必要ありません。

（「療養を担当した医師が意見を書くところ」欄の注意事項）

コ、　㉓は、初診の日ではなく、その傷病について健康保険による療養を始めた日を記入してください。

サ、　㉖は、なるべく詳しく記入してください。特に、手術をした場合は、手術の名称と手術年月日を、また、結核性の疾病については検痰成績、安静度、赤沈値、理学的所見などを記入してください。
　人工透析または人工臓器等を装着したときは、実施日または装着日を記入してください。
　なお、人工臓器等を装着したときは、「人工臓器等の種類」をマルで囲んでください。

シ、　㉗の㋑は、それぞれ該当する文字をマルで囲んでください。