

# 健康保険傷病手当金請求書 (第 回)

◎ 裏面の注意事項を読んで記入してください。

退職後、傷病手当金を受給される方が老齢厚生年金等を受けられる場合は、傷病手当金は支払調整されます。

被保険者の記号・番号		① 生年月日		② 支給額計算		③ 給付期間		④ 受取人		⑤ 受付年月日	
① 氏名 ② 姓 ③ 名		④ 年 月 日		⑥ 額		⑦ 日		⑧ 有		⑨ 年 月 日	
資格取得 ① 氏名 ② 姓 ③ 名		④ 年 月 日		⑤ 年 月 日		⑥ 年 月 日		⑦ 有		⑧ 年 月 日	
④ 被保険者(請求者)の氏名と印		⑤ 事業所の名称		⑥ 業務の別		⑦ 事務		⑧ 事務		⑨ 事務	
⑩ 被保険者(請求者)の住所		⑪ 郵便番号		⑫ (フリガナ)		⑬ 支店コード		⑭ TEL		⑮ 000 0000	
⑯ 傷病名		⑰ 傷病コード		⑱ 傷病コード		⑲ 傷病コード		⑳ 傷病コード		㉑ 傷病コード	
㉒ 老人保健法の医療を受けたとき		市町村番号		受給者番号		発行機関等		㉓ 17 03 02		㉔ 17 03 02	
㉕ 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					
㉖ 発病の状態又は負傷の原因を詳しく		㉗ 第三者行為によるものですか		㉘ ① いいえ ② はい							
㉙ 傷病又は負傷の療養期間		平成 17 年 03 月 02 日から		平成 17 年 03 月 31 日まで		30 日間		自 至			
㉚ うえの項に記した期間の部分の報酬を受けましたか、又は受けられますか。		① 受けた ② 受けられない		③ 報酬の支払いを受けた(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		平成 年 月 日から		平成 年 月 日まで		円	
㉛ 入院した期間		① 健康保険又は自費で入院しましたか。		② 1. 健保 2. 公費 3. 自費 4. その他		③ 入院期間		平成 年 月 日から		平成 年 月 日まで	
④ 病院の名称		⑤ 病院の所在地		⑥ 基礎年金番号							
⑦ 障害厚生年金又は障害手当金を受給していますか		⑧ 障害厚生年金又は障害手当金の受給の原因となった傷病名		⑨ 基礎年金番号							
⑩ 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		⑪ 年金コード又は記号番号もしくは番号		⑫ 年金額							
⑬ 年金の合計額											
⑭ 支給回数		⑮ 支給算出額(手)		⑯ 支給開始日		⑰ 調整額コード		⑱ 調査先コード		⑲ 海外 ⑳ 国内	
⑳ 17 年 03 月 02 日から		㉑ 17 年 3 月		㉒ 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		㉓ 計		㉔ 欠勤 有給		㉕ 31 日	
㉖ 年 03 月 31 日まで		㉗ 年 月		㉘ 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		㉙ 計		㉚ 欠勤 有給		㉛ 日	
㉜ 30 日間		㉝ 年 月		㉞ 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		㉟ 計		㊱ 欠勤 有給		㊲ 日	
㊳ うえの期間中の分として、報酬を全額又は一部支給した場合は支給する場合		㊴ 基本給		㊵ 手当		㊶ 手当		㊷ 手当		㊸ 月 日 支 払 円	
㊹ 現在までも又は将来も支給しない場合はその旨		㊺ 平成 17 年 4 月 5 日		㊻ 事業所 所在地		㊼ 事業主 氏名		㊽ 電話		㊾ 平成 年 月 日 提出	
㊿ とうえのとおり相違ないことを証明します。		㋀ 事業所 所在地		㋁ 事業主 氏名		㋂ 電話		㋃ 000 局 0000 番		㋄ 受付日付印	