



| | | | | | |
|--------|---------------------|-------|-------------|-------|----|
| 同年月日 | 令和 年 月 日 | 常務理事 | 事務長 | 担当 | 担当 |
| 支払年月日 | 令和 年 月 日 | | | | |
| 支払額 | 拾万 万 千 百 拾 円 | | | | |
| 支給決定の額 | 2 3 | 資得 | 年 月 日 前 始 | 年 月 日 | |
| 支給期間 | 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 | 資格喪失 | 年 月 日 回 終 | 年 月 日 | |
| 決定 | 2 3 | 入院期間 | 年 月 日 から | 年 月 日 | 日間 |
| 付加 | 2 15 | 法第46条 | 該 当 ・ 不 該 当 | | |
| 支給期間 | 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 | 備考 | 決定標準報酬 | | |
| 附加 | 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 | | | | |

83 健康保険 傷病手当金請求書 (第 回 目)

| | | | | | |
|------------------------------------|--------------------|--|------------|------------|----------------|
| 被保険者証の記号一番号 | ④ 生年月日 | ⑤支給額計算 | ⑥給付番号 | ⑦受取代理人 | ⑧ 受付年月日 |
| 昭和平成 | 昭和 年 月 日 | ※ | ※ | 0:無 1:有 | ※ 年 月 日 |
| ⑨被保険者(請求者)の氏名と印 | ⑩事業所の名称 | ⑪業務の種別 | | | |
| ⑩被保険者(請求者)の住所 | ⑪郵便番号 | ⑪住所コード | | | |
| 傷病名 | ⑫傷病コード | ⑬カナ | ⑭傷病コード | ⑮カナ | ⑯発病又は負傷年月日 |
| ⑰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 | | |
| ⑱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 | | |
| ⑲発病の状態又は負傷の原因を詳しく | | ⑳第三者行為によるものですか | 0:いいえ 1:はい | | |
| ㉑傷病又は負傷の療養をするため休んだ期間(支給期間) | 年 月 日から | 日間 | 自 年 月 日 | 至 年 月 日 | 日数 |
| ㉒うえの㉑に書い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 | 受けた 受けられない | ⑳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 | 令和 年 月 日から | 令和 年 月 日まで | 円 |
| ㉓障害厚生年金又は障害手当金を受給していますか | ⑳基礎年金番号 | 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 | | | |
| いいえ・請求中・はい | | | | | |
| ⑳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 | ⑳年金コード又は記号番号もしくは番号 | 年金額 | | | 円 |
| いいえ・請求中・はい | | | | | 円 |
| 資続格被喪失者・任意継 | 年金の合計額 | | | | 円 |
| ⑳支給回数 | ㉑支給算出額(手) | 支給開始日 | ⑳調整減額コード | ㉑調査先コード | ㉒海外表示 |
| | | 1 ㉑ 年 月 日 | | | 0. 国内 1. 海外 |
| | | 2 ㉑ 年 月 日 | | | 特別支給コード(備考) |

令和 年 月 日提出

| | | | |
|---------|-----|---------------|----------|
| 事業所担当者印 | 領収書 | 金 円也領収いたしました。 | 令和 年 月 日 |
| | | 健康保険組合理事長殿 | 氏名 |

※ 受付日付印

| | | |
|-------------------------------------|---------------------|--------------------------------------|
| 事業主が証明する欄 | 労働に服さなかった期間 | 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。 |
| 事業主が証明する欄 | 年 月 日から | 年 月 日まで |
| | 年 月 日から | 年 月 日まで |
| | 年 月 日から | 年 月 日まで |
| | 年 月 日から | 年 月 日まで |
| ⑳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 | ⑳(日)年 月 日(至)年 月 日 | ⑳(日)年 月 日(至)年 月 日 |
| 現在までも又は将来も支給しない場合はその旨 | | |
| | | 令和 年 月 日 |
| | うえのとおり相違ないことを証明します。 | |
| 事業主 住所 〒 | 氏名 | 電話 (局) 番 |

| | | | | |
|--------------------|--------------------------|------------|---------------|-----------------|
| 療養を担当した医師が意見を書くところ | 傷病名 | 発病又は負傷の年月日 | 療養の給付を開始した年月日 | 発病又は負傷の原因 |
| | | 年 月 日 | 年 月 日 | |
| | ㉑ 労務不能と認められた期間 | 年 月 日から | 日間 | 左の期間中の診療実日数 |
| | | 年 月 日まで | | 日間 |
| | ㉒ 傷病の主状態および経過概要 | | | |
| | ㉓うえの期間中に入院した期間がある場合はその期間 | 年 月 日から | 日間 | 入院の費用の別 |
| | | 年 月 日まで | | 健保・公費 自費・その他 |
| | うえのとおり相違ありません。 | | | 令和 年 月 日 |
| | 住所(所在地) 〒 | 医師 医療機関名 | | 電話 (局) 番 |

| | | | | | |
|-----------|----|---------|---------|----|----|
| ⑳減額期間 | 期間 | 自 年 月 日 | 至 年 月 日 | 日数 | 金額 |
| ㉑全部不支給 | 期間 | 自 年 月 日 | 至 年 月 日 | 日数 | 金額 |
| ㉒不支給(法定外) | 期間 | 自 年 月 日 | 至 年 月 日 | 日数 | 金額 |

| | | | | | |
|----------|--|-------|---------------------------------|----------------|----------|
| ⑳支払区分 | ※ 1. 振込 2. 銀行送金 3. 郵便局送金 4. 当地払 | ㉑預金種別 | 1. 普通 2. 当座 3. 通知 4. 別 | 銀行 金庫 農協 | 本店 支店 |
| ㉒金融機関コード | | | | | 郵便局 |
| ㉓口座番号 | | | | 口座名義 | |

| | | |
|-----------|----------------------------|----------|
| 受取代理人の欄 | 本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します | 令和 年 月 日 |
| | 被保険者 住所 (請求者) 氏名 | |
| ④代理人の氏名と印 | (フリガナ) | |
| ④代理人の住所 | ④郵便番号 | (フリガナ) |
| | ④住所コード | |