



|        |  |                                |                        |                        |                        |
|--------|--|--------------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|
| 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<br>3<br>円                                      | 資得格喪<br>年 月 日 前 始<br>年 月 日 回 終 | 年 月 日 前 始<br>年 月 日 回 終 | 年 月 日 前 始<br>年 月 日 回 終 | 年 月 日 前 始<br>年 月 日 回 終 |
| 支給期間   | 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 日間<br>令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 日間 | 備考                             | 決定標準報酬                 | 法第46条                  | 該 当 ・ 不 該 当            |

**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 年 月 日<br>平成 年 月 日<br>令和 年 月 日 | ※                | ※   | 0: 無<br>1: 有 | ※ 年 月 日                  |
| ⑨ 被保険者(請求者)の氏名と印                    | ⑩ 郵便番号                           |                  | ⑪ 住所コード   |              | ⑫ 事業所の名称                 |
| 北越 太郎                               | 1 2 3 4 5 6 7                    | 東京都〇〇区××町1-1-1   |   | 北越●●株式会社     |                          |
| ⑬ 傷病名                               | ⑭ 傷病コード                          |                  | ⑮ 傷病コード   |              | ⑯ 傷病コード                  |
| 胃潰瘍                                 |                                  |                  |   |              |                          |
| 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<br>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   |              |                          |
| 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<br>受けられる                     | 受けられない<br>受けられない | ㉓ 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 |              |                          |
| ㉔ 障害厚生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                   |                  | ② 基礎年金番号  |              |                          |
| ③ 年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  |              |                          |
| ④ 年金コード又は記号番号もしくは番号                 |                                  |                  | 年金 額  |              |                          |
| 資 格 被 喪 失 者 の 任 意 継 続 年 金 の 合 計 額 円 |                                  |                  |   |              |                          |
| ① 支給回数                              | ② 支給算出額(手)                       | ③ 支給開始日          | ④ 調整減額コード   | ⑤ 調査先コード     | ⑥ 海外表示<br>0. 国内<br>1. 海外 |
|                                     |                                  | 1 2 ④            |   |              | 特別支給コード (備考)             |

◎「※」印欄は記入しないでください。

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◇で、欠勤は/でそれぞれ表示してください。 |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 計 | 出勤        | 有給 |
|                                      | 年 月 日から                | 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 | 日 | 日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |           |    |
|                                      | 年 月 日から                | 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 | 日 | 日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |           |    |
|                                      | 日間                     | 年間                                   | 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 | 日 | 日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |           |    |
| ⑩ 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 | ⑪ ⑫ ⑬                  | ⑭ 月 日額 日支払円                          |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   | 月 日額 日支払円 |    |
| 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                        | 年 月 日           |         |       |        |  |
|                           | 療養の給付を開始した年月日                     | 年 月 日           |         |       |        |  |
|                           | 発病又は負傷の原因                         | 医師の証明が必要です      |         |       |        |  |
|                           | ⑮ 労務不能と認められた期間                    | 年 月 日から 年 月 日まで |         |       |        |  |
| ⑯ 傷病の主状態および経過概要           |                                   |                 |         |       |        |  |
| ⑰ 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 年 月 日まで                   | 日間              | 入院の費用の別 | 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 氏 名 電話 ( 局 ) 番 |                 |         |       |        |  |

|            |    |                 |    |    |
|------------|----|-----------------|----|----|
| ⑱ 減額期間     | 期間 | 自 年 月 日 至 年 月 日 | 日数 | 金額 |
| ⑲ 全部不支給    | 期間 | 自 年 月 日 至 年 月 日 | 日数 | 金額 |
| ⑲ 不支給(法定外) | 期間 | 自 年 月 日 至 年 月 日 | 日数 | 金額 |

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

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 東京都〇〇区××町1-1-1  
(請求者) 氏名 北越 太郎

⑭ 代理人の氏名と印 ⑮ 代理人の住所

こちらを忘れずにご記入願います

⑭ 郵便番号 (フリガナ)

⑮ 住所コード