レゾナック健康保険組合　常務理事 殿

健康保険　傷病手当金請求書（第　　回目）

被保険者（請求者）記入欄

被保険者情報

請求年月日	令和　　年　　月　　日		事業所（会社）の名称	
被保険者等記号・番号	記号	番号	氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ)
生年月日	□昭和 □平成　　年　　月　　日　（　　歳）		業務内容 (例：事務職、営業職、研究職など)	
連絡先住所・電話番号	（〒　　－　　） (TEL：　　)			

請求内容

1．傷病名	※けがの場合は「負傷原因届」を併せてご提出ください	2．発病または負傷年月日	□平成 □令和　　年　　月　　日
3．傷病原因	□私傷病　□第三者行為　□交通事故　□その他 ※労災に該当する場合は請求できません ※第三者行為・交通事故の場合は「第三者の行為による傷病届」を併せてご提出ください		
4．療養のために休んだ期間（請求期間）と日数	令和　　年　　月　　日　から 令和　　年　　月　　日　まで　　日間		

確認事項

1．上記療養のため休んだ期間（請求期間）に報酬（給与）を受けましたか。または今後受けられますか。	□はい（報酬額　　円）　□いいえ	
2．障害厚生年金または障害手当金を受給していますか。	□受給していない　□受給している　□請求中	
2－①　受給している場合、どの年金を受給していますか。	□障害厚生年金　□障害基礎年金　□障害手当金	
2－②　受給している・請求中の場合、受給の要因となる傷病名および基礎年金番号等をご記入ください。 ※受給している場合「年金証書・最新の振込ハガキの写」を添付してください。	傷病名	基礎年金番号
	受給開始日	年金額
		円
3．今回の申請は労災保険から休業補償給付を受けている期間のものですか。	□はい　□いいえ　□労災請求中	
3－①　「はい」または「労災請求中」と答えた場合、支給元（請求先）の労働基準監督署をご記入ください。	労働基準監督署	
4．介護保険サービスを受けていますか	□はい　□いいえ	
4－①　「はい」と答えた場合、保険者番号・被保険者番号・保険者の名称をご記入ください。	保険者番号	被保険者番号
	保険者名称	

委任状

給付金の振込について　：　健保から事業主へ振込み、事業主から被保険者へ給与に含めて振込まれます。
給与合算手続きを事業主に依頼するため、必ずご署名ください。

本申請に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。

令和　　年　　月　　日　　被保険者氏名

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	

K002

※記入内容を訂正される場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。
二重線上には訂正印または記入者のフルネーム署名が必要です。

受付日付印

健康保険　傷病手当金請求書（第　　回目）

事業主証明欄・医師の意見欄

事業主が証明するところ

被保険者氏名					
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				
上記期間中の年休、欠勤、休職等の期間	年休	令和　年　月　日　から　令和　年　月　日　まで　日間			
	欠勤	令和　年　月　日　から　令和　年　月　日　まで　日間			
	休職	令和　年　月　日　から　令和　年　月　日　まで　日間			
	（　　）	令和　年　月　日　から　令和　年　月　日　まで　日間			
上記期間中、賃金を支給しましたか（しますか）？	□　はい □　いいえ	給与の種類	□月給　□時間給 □日給　□その他（　　）	給与計算締日	日
				給与支給日	□当月・□翌月　日

上記期間中の報酬記入欄　（記入欄が足りない場合は別紙を添付してください。）　※勤務表（写）と賃金明細（写）を添付してください。

期間／区分	単価	月　日 ～ 月　日分	月　日 ～ 月　日分	月　日 ～ 月　日分	＜備考＞
		支給額	支給額	支給額	
基本給		円	円	円	
通勤手当		円	円	円	
手当		円	円	円	
手当		円	円	円	
計		円	円	円	

上記のとおり相違ないことを証明する。　（担当者氏名　　）

令和　年　月　日

事業所所在地
事業所名称
事業主氏名
電話番号

療養を担当した医師が意見を記載するところ

患者氏名			
傷病名	(1) (2)	左記傷病に対する初診日	(1)　年　月　日（頃） (2)　年　月　日（頃）
発病または負傷の年月日	□平成 □令和　年　月　日	発病または負傷の原因	
労務不能と認めた期間 ※証明日以前の期間	令和　年　月　日　から 令和　年　月　日　まで　日間	左記期間中の入院した期間	令和　年　月　日　から 令和　年　月　日　まで　日間
療養費用の別	□健保　□公費　□自費　□その他	転　帰	□治癒　□中止　□繰越　□転医

診療実日数	日	診療日を○で囲んください		
			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
			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
			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

診療実日数が０日の場合のみ、　診療せずに労務不能と判断された理由（詳しく）

上記『労務不能と認めた期間』における「主たる症状および経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等（詳しく）

症状経過からみて、従来の職種について労務不能と認められた医学的な所見

人工透析を実施または人工臓器等を装着した日	□平成 ・ □令和　年　月　日
人工臓器等の種類	□人工肛門　□人工膀胱　□人工関節　□人工骨頭 □心臓ﾍﾟｰｽﾒｰｶｰ　□人工透析　□その他（　　）

上記のとおり相違ありません。　令和　年　月　日

医療機関名
医師の氏名
電話番号

※記入内容を訂正される場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。
二重線上には訂正印または記入者のフルネーム署名が必要です。

K002