

健康保険 傷病手当金・傷病手当付加金請求書(第 回)

				平成 年 月 日提出
被 保 険 者 (請 求 者) が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号・番号	—	事業所の 名称	
	被保険者の氏名と印	⑩	所属・電話番号	()
	住 所 電話番号	〒 ()		
	傷 病 名		発病又は 負傷の年月日	平成 年 月 日
	発病の状態又は 負傷の原因を詳しく	交通事故など相手の行為による 傷病ですか (はいの場合、別途届出が必要です)		いいえ・はい
		業務上の傷病ですか		いいえ・はい
		通勤途上の傷病ですか		いいえ・はい
	病気またはけがの ため休んだ期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで		日間 ただし()日は出勤のため除く
	上記に記載した期間に報 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	報酬の支払を受けた (受けられる)ときはそ の期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで
	障害厚生年金又は障害手当 金を受給していますか (受給している場合は、年金額 を証明するものを添付のこと)	いいえ・請求中・はい	年金番号	
年金額				
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 (受給している場合は、年金額 を証明するものを添付)	いいえ・請求中・はい	年金番号		
		年金額		
入院 した とき	病院診療所の 名称・所在地			
	入院期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで		日間
受取 委任 の 欄	<p>本請求に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。 (任意継続被保険者の方は、当欄への記入は不要です)</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">被保険者(請求者)氏名 ⑩</p>			

記号 番号	—	被保険者 氏名	
----------	---	------------	--

事業主が記入するところ	傷病により労務に服さなかった期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 日間
	上記期間中に報酬を支給したとき (支給すべきものであること)	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 日間
	下記の欄は労務に服さなかった期間の勤怠をご記入ください。 欠勤・休職等は×、出勤は○、有給休暇(年休・特休等)は△、休日(会社が休みの日)は休で表示してください。	
	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
	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
上記のとおり相違ないことを証明します。 平成 年 月 日 事業主の所在地 名 称 氏 名 電話 ()		

療養を担当した医師が意見を記入するところ	傷 病 名		
	発病又は負傷の年月日	平成 年 月 日	療養の給付を 開始した年月日 平成 年 月 日
	発病又は負傷の原因		
	労務不能と認めた期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	日間
	上記期間中に入院した 期間がある場合	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	日間
	*受診日に○をしてください。		
	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	
	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	
傷病の主状態及び 経過概要			
上記のとおり相違ないことを証明します。 平成 年 月 日 住所(所在地) 医師 医療機関名 氏 名 電話 ()			

武田薬品健康保険組合

<事業主の方へ>

1. 被保険者の資格喪失後の期間については事業主の証明は必要ありません。
2. 印は代表者印を押してください。又事業主欄の訂正箇所には事業主の印を押印してください。

<医療機関の方へ>

1. 労務不能と認めた傷病の症状、経過をわかりやすく記入してください。
2. 合併症の場合はすべての疾病について記載してください。
3. 上記医師意見書欄と同一様式であれば、診断書作成システム傷病手当金請求書の添付(医師印鑑が必要)でも結構です。