年　　月　　日提出

センコー健康保険組合　殿

健康保険 傷病手当金請求書

（第　　回目）

被保険者が記入する欄	1.被保険者証の記号と番号	記号		2.被保険者の氏名	（生年月日：　　年　　月　　日）	
		番号				
	3.被保険者の現住所	〒　　－　　〔TEL〕				
	4.事業主の名称	会社名		5.被保険者の標準報酬月額	千円	
		部･室･支店	部･室･支店			
	6.被保険者の資格を取得した年月日	年　月　日		7.被保険者の業務（ドライバー･作業･事務等）		
	8.発病又は負傷の年月日	年　月　日		9.傷病名		
	10.発病又は負傷の原因を詳しく記入 ※必ず記入してください			11.第三者によるものですか？	はい　・　いいえ	
	12.疾病又は負傷の療養をするため休んだ期間（傷病手当金支給期間）	年　月　日から 年　月　日まで　日間				
	13	A.上記の12.の期間分の報酬を受けましたか	受けた　・　受けていない			
		B.報酬支払を受けたときは、その報酬の額とその報酬額支払の基礎となった期間	年　月　日から 年　月　日まで（　日間）の分として 円			
	14	A．年金を受給しているか 国民年金・厚生年金保険・障害年金 （該当項目を〇で囲んで下さい）	受給している	（年額）　円		
			申請中	（年額）　円		
			受給してない			
		B．障害年金又は障害手当金を受給の場合受給することとなった傷病名				

※被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。

（加入者が直接健康保険組合へ申請する場合は、個人番号確認・本人確認をするための添付書類が必要です。）

備考欄	

（被保険者への注意事項）

イ．この請求書は給与計算単位の１ヶ月毎に作成して下さい。

ロ．７の欄はドライバー・作業・事務等、業務の内容を具体的に記載して下さい。

ハ．10の欄は、『いつ（△年△月△日　午前△時）、どこで（自宅の庭で）、何を（薪を）どうしているうち（割っているうち）、何が（薪の）、どういうふうになって（破片が飛んで）、どこを（顔を）、どうした（裂傷した）』というように、詳しく記載して下さい。

ニ．11の欄は、傷病が第三者の行為によるものであるときは、『第三者行為による傷病届』をこの請求書に添付して下さい。

ホ．11、13-A、14-Aの欄は、それぞれ該当する文字を〇で囲んで下さい。

ヘ．14の欄は、記載事項に偽りその他不正が給付後発覚した場合は、法第58条により給付金の全部又は一部を返還していただきますので、正確に記載して下さい。

ト．傷病手当金は事業主を通じて、被保険者に支給されますので、必ず後記の委任状に記入して下さい。
但し、任意継続被保険者は除きます。

※鉛筆書き・修正液（修正テープ）の使用・訂正印無しの請求書は受付できません。

（裏面に続く）

事業主が証明する欄						
15.労務に服さなかった期間	年　月　日から 年　月　日まで	期間中の報酬について	・支給した　・一部支給した ・支給する　・一部支給する ・支給しない	給与締切日	日締	
				給与支払日	当・翌 月　日払	
16.1ヶ月間の支払額（通常支給する額）		全額又は一部を支給した場合（休んだ期間を含む月分を締め切りごとに記入）				
〔日給・時間給の場合は単価を記入〕 基本給　（　円）		月　日から 月　日まで	月　日から 月　日まで	月　日から 月　日まで		
①住宅　手当（1ヶ月分　円）						
②通勤　手当（1ヶ月分　円）						
③家族　手当（1ヶ月分　円）						
④　手当（1ヶ月分　円）						
⑤　手当（1ヶ月分　円）						
⑥　手当（1ヶ月分　円）						
基本給諸手当の欠勤控除の計算方法	（具体的に記入）	欄内の記載に相違ない事を証明します。 年　月　日 〔事業主住所〕 〔事業主名称〕 〔代表者氏名〕				

（事業主への注意事項）

イ．15.の欄は、必ず勤務報告個人表を添付して下さい。

ロ．被保険者の資格を喪失した後の期間にかかる請求であるときは、事業主の証明は不要です。

療養を担当した医師が記入する欄				
17.傷病名				
18.発病又は負傷の原因				
19. 発病又は負傷の年月日	年　月　日	20.療養の給付を開始した年月日	年　月　日	
21.労務不能と認めた期間	年　月　日から 年　月　日まで　日間	22.左の期間中の診療実日数	日間	
23.傷病の主症状及び経過概要				
24.上記の 22 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	25.入院の費用の別	健保・自費・公費	
上記の通り相違ないことを証明します。　年　月　日 医　師　〔住　所〕　〔TEL　〕 〔名　称〕　〔氏　名〕				

（医師への注意事項）

イ．20.の欄は、初診日を記載するのでなく、その傷病について健康保険による療養を始めた日をするものですから、被保険者証の療養給付記録欄等を参照されて記載して下さい。

ロ．23.の欄は、なるべく詳しく記載して下さい。特に、手術した場合は手術の名称と手術年月日を、また、結核性の疾病については、検痰成績、安静度、赤沈値、理学的所見等を記載して下さい。

委任状	
	私は、事業主＿＿＿＿＿＿＿＿を代理人と定め、　年　月　日に請求した傷病手当金の受領方を委任します。 年　月　日 〔住　所〕 本　人 〔氏　名〕

（共通する注意事項）

イ．期間の計算は、両端入れで間違いのないように計算して下さい。
例えば、６月１３日から６月１９日迄は７日間となります。

事務連絡先	所属	関係会社（社名：　）	担当者	