

健康保険傷病手当金請求書

(第 回目)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の記号と番号	第 号	② 被保険者の氏名と印	フリガナ	③ 印	
	④ 被保険者の現住所	〒 - 電話 () -				
	⑤ 被保険者の勤務する事業所名	⑥ 被保険者の業務の種類別				
	⑦ 発病または負傷の年月日	平成 年 月 日	⑧ 傷病名			
	⑨ 発病または負傷の原因	⑩ 傷病または負傷で療養するため休んだ期間		平成 年 月 日から	平成 年 月 日まで	日間
	⑪	ア	うえの⑩に書いた期間の分の報酬(賃金)を受けましたか、または受けられますか	現 在 まで	将 来	
		イ	報酬支払を受けたとき、または受けられるときは、その報酬の額とその報酬額支払の基礎となった(なる)期間	平成 年 月 日から	平成 年 月 日まで	円
	⑫	被保険者が資格を喪失した後に氏名変更した場合の新氏名		フリガナ	印	

(注) 第一回目の請求は、出勤簿、賃金台帳の写しを添付してください。

事 業 主 が 証 明 す る と こ ろ	⑬ 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	
	⑭ うえの期間中の報酬関係	ア 全額支給した場合または支給する場合	平成 年 月 日から	平成 年 月 日まで (日締め 当月 日支払)	円 日額
		イ 一部支給した場合または支給する場合	平成 年 月 日から	平成 年 月 日まで (日締め 当月 日支払)	円 日額
		ウ 現在までも、また将来も支給しない場合は、その旨	平成 年 月 日から	平成 年 月 日まで (日締め 当月 日支払)	円 日額
	うえのとおり相違ないことを証明します。		平成 年 月 日		
事業主	⑮ 所在地	⑯ 名称	⑰ 氏名	⑱ 印	
	電話 ()				

受付日付印

旅行業健康保険組合

療 養 を 担 当 し た 医 師 が 意 見 を か く と こ ろ	⑲ 傷病名		⑳ 発病または負傷の原因		
	㉑ 発病または負傷の年月日	平成 年 月 日	㉒ 療養の給付を開始した年月日	平成 年 月 日	
	㉓ 労務不能と認められた期間	平成 年 月 日から	日間	㉔ 左の期間中診療実日数	日間
	㉕ 傷病の主状態および経過概要				
	㉖ うえの㉓の期間中に入院した期間がある場合はその期間	平成 年 月 日から	平成 年 月 日まで	㉗ 入院費用の別	健保・老人保健費・公費
	うえのとおり相違ありません。		平成 年 月 日		
	医師	㉘ 所在地	医療機関名	㉙ 氏名	㉚ 印
	電話 ()				

受領を委任する場合にのみ記入してください

委 任 状	私は	にこの傷病手当金の受領方を委任します		
		平成 年 月 日		
	⑳ 被保険者 (委任をする者)	住所	㉛ 印	
	㉜ 委任者 (委任を受ける者)	住所	㉝ 印	

委任をする者の印㉜は、被保険者の印㉛又は㉒と一致すること。

振 込 先 銀 行	フリガナ	フリガナ		
	㉞	銀行	㉟ 支店	
	㊱ 普通・当座貯蓄	支店番号	預金番号	フリガナ
			㊲ 名義人	

請求金額の受領を委任した場合、名義人㊲は、委任を受ける者㉜と一致すること。
委任をしない場合の名義人㊲は、㉒又は㉒の氏名と一致すること。

被保険者への注意事項

- 傷病手当金は、被保険者が業務外の傷病のため労務につけず、勤務を休んだことにより賃金が受けられない場合に4日目から支給されるものです。
- ⑥欄は、添乗員、事務員等と具体的に記載してください。
- ⑪欄のアは、現在までと、将来との二つの事項について、それぞれ該当する方を で囲んでください。
- 傷病が第三者の行為によるものであるときは、別に、「第三者行為による傷病届」をこの請求書に添付してください。
- ⑫は、被保険者の資格を喪失した後に氏名の変更があった場合のみ記入してください。
- 外国での傷病等証明書が外国語で記載されている場合は、翻訳者の住所、氏名を明記し翻訳文を添付してください。
- ①～⑫について訂正箇所がある場合は、③欄の印を訂正個所に押印してください。