

被保険者記入用①

被保険者 (申請者) 情報	被保険者証の (右づめ)	記号	番号	生年月日	元号	年	月	日
	氏名 (フリガナ)							
	住所	(〒 [ ] - [ ] )						
	電話番号	TEL						
	事業所の名称				業務の種別 (仕事の内容)			

申請内容	1 傷病名	●傷病名が複数ある場合は枠を分けて記入してください。		2 初診日	元号	年	月	日
	1)	⇒ 傷病名 1) の初診日		1.平成	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
	2)	⇒ 傷病名 2) の初診日		1.平成	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
	3 発病の状態 または 負傷の原因	●詳しくご記入ください。 例：起床時に立ちあがれなくて即日入院した、不詳など。		病気(疾病)ケガ(負傷)の別	第三者行為によるものですか。			
4 療養のため 休んだ期間 (申請期間)	元号	年	月	日	から	日数	日まで	

確認事項	5	はい・いいえ	●1.はいの場合、報酬支払の基礎となった(なる)期間と報酬額・内容をご記入ください。					
	4 の療養のため休んだ期間 (申請期間)に報酬を受けましたか。 または今後受けられますか。	1.はい →	元号	年	月	日	報酬額・報酬内容	
	2.いいえ	1.平成	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	円	
	6 障害厚生年金または障害手当金を 受給していますか。	1.いいえ	●2.請求中、3.はいの場合、受給の要因となった(なる)傷病名と基礎年金番号等をご記入ください。					
2.請求中 →	どちらを受給していますか。 傷病名							
3.はい →	1.障害厚生年金	基礎年金番号						
	2.障害手当金	年金コード						
7	いいえ・請求中・はい	●3.はいの場合、支給開始年月日と年金額をご記入ください。						
【資格喪失者の方】 【任意継続被保険者の方】	1.いいえ	年金の名称						
2.請求中	基礎年金番号							
3.はい →	●3.はいの場合、支給開始年月日と年金額をご記入ください。							
老齢または退職を事由とする 公的年金を受給していますか。	1.平成	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	年金額	円	
8 介護保険サービス を受けたとき	元号	年	月	日	から	日数	日まで	

被保険者のマイナンバー記載欄

(被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です。)

マイナンバーを記入した場合は、必ず本人確認書類を添付してください。

[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

被保険者記入用は2ページ目に続きます。>>>

受付年月日

令和 年 月 日提出



健康保険傷病手当金請求書

事業主記入用

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

元号 1.平成 2.令和 年 月 日 から 元号 1.平成 2.令和 年 月 日 まで 日間

出勤は○で、有給は△で、公休は公で、欠勤は/でそれぞれ表示してください。

出勤 有給

○の回数 △の回数

Table with columns for year, month, day, and attendance status (出勤, 有給). Includes a vertical label '勤務状況' on the left.

上記の期間に、報酬の全部または一部支給した(する)場合

Table with columns: 報酬の名称, 支給対象期間, 支給額, 支払日, 日額

現在までもまたは将来も支給しない場合はその旨  現在までもまたは将来も支給しない [ ]

上記のとおり相違ないことを証明します。

証明日 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

( )