

被保険者情報	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) ケンボ タロウ 健保 太郎							
	住所	(〒)	東京都品川区大崎〇-〇-〇						
	電話番号	TEL	03-5740-〇〇〇〇						
	事業所の名称	〇〇株式会社	業務の種別 (仕事の内容)	営業					

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) 腰椎椎間板ヘルニア	⇒ 傷病名 1)の初診日		2	1.平成 2.令和	0	3	0203	
	2)	⇒ 傷病名 2)の初診日		1.平成 2.令和					
	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。 自宅で掃除中に、急に立ち上がれなくなり即日入院した。		病気(疾病)ケガ(負傷)の別	1	1.病気 2.ケガ	第三者行為によるものですか。 2 1.はい 2.いいえ		
4 療養のため 休んだ期間 (申請期間)	元号	年	月	日	日数				
	2	1.平成 2.令和	0	3	0203	から	2	6	日間
	2	1.平成 2.令和	0	3	0228	まで			

確認事項	5	●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 1.はい →	2 1.平成 2.令和	0	3	0206	から	73,000	円	
		2.いいえ	2 1.平成 2.令和	0	3	0228	まで	給与、通勤代	の分として	
	6	●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。								
	障害厚生年金または障害手当金を受給していますか。	1 1.いいえ →	どちらを受給していますか。 傷病名							
		2.請求中 →	1.障害厚生年金							
	3.はい →	2.障害手当金								
		●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。								
		支給開始年月日	元号	年	月	日	年金額	円		
			1.平成 2.令和							
7	●2.請求中、3.はいの場合、年金の名称や基礎年金番号等をご記入ください。									
【資格喪失者の方】 【任意継続被保険者の方】	1 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。		支給開始年月日	元号	年	月	日	年金額	円		
			1.平成 2.令和							
8	介護保険サービスを受けたとき	保険者番号	被保険者番号	保険者名称						

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。>>>

令和 3 年 3 月 5 日提出

受付年月日

被保険者証の記号・番号を記入の場合はマイナンバーの記入不要

介護保険サービスを受けたときは記入

2ページ目の、  
医師が記入する  
傷病名、初診日  
と一致させる

2ページ目の、  
医師が記入する  
「労務不能と認め  
た期間」の期間内  
で、療養のために  
休んだ期間を記入

4 の期間に報酬  
を受けたかを記入  
(給与、手当等  
一部でも受けてい  
る場合は、このよ  
うに記入)

6、7 で  
年金、手当金等を  
請求中、受給中の  
場合はその内容を  
記入  
(「1・いいえ」  
の場合はこの欄  
は記入不要)

# 健康保険傷病手当金請求書

## 被保険者記入用②

振込先指定口座	金融機関名称	<input type="radio"/> ○ ○ <input checked="" type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 金庫 ( ) <input type="checkbox"/> 農協 <b>大崎</b> <input checked="" type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 支所 <input type="checkbox"/> 本所
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 <input type="checkbox"/> 3. 別段 <input type="checkbox"/> 2. 当座 <input type="checkbox"/> 4. 通知 <input type="checkbox"/> 口座番号 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 左づめでご記入ください。
	口座名義	▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。) <input type="checkbox"/> ケンポ <input type="checkbox"/> タロウ
	口座名義の区分	<input type="checkbox"/> 1. 申請者 <input type="checkbox"/> 2. 代理人 <input checked="" type="checkbox"/> 「2」の場合は必ず受取代理人欄に記入してください。

被保険者記入欄  
(忘れず記入してください)

被保険者以外の  
口座を指定する  
場合は、  
受取代理人欄に  
記入が必要

受取代理人の欄	被保険者 (請求者)	住所 被保険者情報の住所と同じ 氏名 記入日 令和 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日
	代理人	住所 フリガナ 氏名 委任者と代理人との関係 電話番号 ( )

## 療養担当者記入用

療養を担当した医師が意見を記入するところ	患者氏名	健保 太郎			
	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。		元号 年 月 日	
		1) 腰椎椎間板ヘルニア	初診日 (療養の給付開始年月日)	⇒ 傷病名1) の初診日	<input type="checkbox"/> 2. 令和 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 3
	2)	⇒ 傷病名2) の初診日	<input type="checkbox"/> 1. 平成 <input type="checkbox"/> 2. 令和	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	発病または負傷の年月日	元号 <input type="checkbox"/> 2. 令和 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 発病 <input type="checkbox"/> 負傷	発病または負傷の原因	不詳
	労務不能と認められた期間	元号 <input type="checkbox"/> 2. 令和 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 3 から <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6 日間	左の期間中の診療実日数 (入院期間も含める)	<input type="checkbox"/> 7 日間	
	傷病の主症状および経過概要	上記傷病により歩行が困難であり、安静を必要とする			
		人工透析を実施または人工臓器を装着したとき	人工透析の実施または人工臓器を装着した日	人工臓器等の種類	
	うち入院期間	元号 <input type="checkbox"/> 2. 令和 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 3 から <input type="checkbox"/> 7 日間入院	療養費用の別	<input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 公費 ( ) <input checked="" type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他	
		元号 <input type="checkbox"/> 2. 令和 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 9 まで	転記	<input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> 中止 <input checked="" type="checkbox"/> 繰越 <input type="checkbox"/> 転医	
医療機関の所在地	160-0023 東京都新宿区西新宿○-○-○	証明日	令和 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 8		
医療機関の名称	△△△病院	電話番号	03 (○○○○) △△△△		
医師の氏名	関東 三郎				

1 ページ目の  
申請内容欄は、  
医師の証明内容  
と一致するよう  
に記入

フューチャーグループ健康保険組合

医師記入欄(医師に記入を依頼してください)

医療機関名だけでなく、  
必ず医師の氏名が必要

# 健康保険傷病手当金請求書

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 年 月 日 元号 年 月 日 日間  
 1.平成  から  1.平成  まで  日間  
 2.令和  から  2.令和  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 ○の回数 有給 △の回数

勤務  
状  
況

元号	年	月	日																															出勤	有給
<input type="checkbox"/> 1.平成 <input type="checkbox"/> 2.令和																																		○の回数	△の回数
			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		
			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		
			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		
			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		

上記の期間に、報酬の全部または一部支給した（する）場合

報酬の名称	支給対象期間	支給額	支払日	日額
	年 月 日～ 年 月 日 日間	円	年 月 日	円
	年 月 日～ 年 月 日 日間	円	年 月 日	円
	年 月 日～ 年 月 日 日間	円	年 月 日	円
	年 月 日～ 年 月 日 日間	円	年 月 日	円

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。

事業所所在地

証明日 令和  年  月  日

事業所名称

電話番号

事業主氏名

( )

**事業主記入欄**

(在職中の期間を申請する場合は、事業所に記入を依頼してください)