R7.1.10更新

健康保険傷病手当金請求書　第 1 回

1 | 2 | 3 ページ

被保険者記入用①

被保険者（申請者）情報

被保険者等の記号・番号（右づめ）	記号 99　番号 1000	記号番号がわからない場合はマイナンバーを記入してください
氏名	（フリガナ）ケンポ タロウ 健保 太郎	生年月日 元号 1.昭和 2.平成 3.令和　年 48 月 07 日 10
住所	（〒 141 - 0032）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	職種（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。 1）腰椎椎間板ヘルニア 2）	2 初診日 ⇒ 傷病名1）の初診日 元号 2 1.平成 2.令和 06 年 02 月 03 日 ⇒ 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 2 1.平成 2.令和 06 年 02 月 03 日 から 2 1.平成 2.令和 06 年 02 月 28 日 まで 日数 26 日間	

確認事項

5 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。	はい・いいえ 1 1.はい → 2.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。 元号 2 1.平成 2.令和 06 年 02 月 06 日 から 報酬額・報酬内容 73,000 円 2 1.平成 2.令和 06 年 02 月 28 日 まで 給与、通勤代 の分として
6 障害厚生年金または障害手当金を受給していますか。	いいえ・請求中・はい 1 1.いいえ 2.請求中 → 3.はい →	●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。 どちらを受給していますか。 1.障害厚生年金 2.障害手当金　傷病名 基礎年金番号　年金コード ●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 1.平成 2.令和 年 月 日　年金額 円
7 【資格喪失者の方】【任意継続被保険者の方】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。	いいえ・請求中・はい 1 1.いいえ 2.請求中 3.はい →	●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。 年金の名称 基礎年金番号　年金コード ●3.はい の場合は、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 1.平成 2.令和 年 月 日　年金額 円
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

被保険者記入用 は 2ページ目に続きます。>>>

受付年月日

令和 6 年 3 月 3 日提出

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　）

R7.1.10更新

健康保険傷病手当金請求書

1 | 2 | 3
ページ

被保険者記入用②

振込先指定口座

金融機関名称	○ ○ ☑銀行 ☐金庫 ☐農協 ☐その他（　　） 大崎 ☑支店 ☐本店 ☐出張所 ☐支所 ☐本所
預金種別	1　1．普通　3．別段　2．当座　4．通知
口座番号	1 2 3 4 5 6 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。) ｹﾝﾎﾟ ﾀﾛｳ
口座名義の区分	1　1．申請者　2．代理人 →「2」の場合は必ず受取代理人欄に記入してください。

受取代理人の欄

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　（　　）

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

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。 1）腰椎椎間板ヘルニア 2） 初診日（療養の給付開始年月日） ⇒傷病名1）の初診日　元号 2 1.平成 2.令和　年 06 月 02 日 03 ⇒傷病名2）の初診日　元号　1.平成 2.令和　年　月　日
発病 または 負傷の年月日	元号 2 1.平成 2.令和　年 06 月 02 日 03　☑発病 ☐負傷 発病または負傷の原因：不詳
労務不能と認めた期間	元号 2 1.平成 2.令和　年 06 月 02 日 03 から 2 1.平成 2.令和　06 02 28 まで　16 日間 左の期間中の診療実日数（入院期間も含める）　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：元号　1.平成 2.令和 人工臓器等の種類：☐ 1.人工肛門 2.人工膀胱 3.人工関節 4.人工骨頭 5.心臓ﾍﾟｰｽﾒｰｶｰ 6.人工透析 7.その他（　　）
うち入院期間	元号 2 1.平成 2.令和　年 06 月 02 日 03 から 2 1.平成 2.令和　06 02 09 まで　7 日間入院
療養費用の別	☑健保 ☐公費（　　） ☐自費 ☐その他
転記	☐治癒 ☐中止 ☑繰越 ☐転医

上記のとおり相違ありません。

証明日　令和　年 06 月 02 日 28

医療機関の所在地　160-0023 東京都新宿区西新宿○-○-○

医療機関の名称　△△△病院

医師の氏名　関東　三郎

電話番号　03（○○○○）△△△△

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

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

フューチャーグループ健康保険組合

R7.1.10更新

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

勤務状況

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。

元号	1.平成 2.令和	年	月	出勤 ○の日数	有給 △の日数
				日	日
				日	日
				日	日
				日	日

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。

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

( )

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)