

正確に記入してください。
マンション名等は「棟・号」
までを、同居のときは「○○
方」と記入してください。

負傷の原因等を詳しく記入してください。
場合により、「負傷原因届書」や「第三者行為による傷病届」の提出を依頼することがあります。

請求期間の開始日からの連続した3日間の休みは「待期」といい、傷病手当金の支給はありません。

障害年金・老齢年金の受給について、「はい」または「請求中」に○を付した方は基礎年金番号や年金額等を記入してください。

預金の種類を○で囲んでください。

この口座に給付金を振り込みますので、金融機関名、本支店名、店番、口座番号、口座名義人を正確に記入してください。

②欄に記入した被保険者（請求者）と同一かどうか、確認してください。（代理人に委任している場合は、代理人氏名となります。）

被保険者証の記号番号を記入した場合は、マイナンバーの記入は不要です。
マイナンバーを記入し手続きを行う場合、下記の書類の添付が必要です。

その場合、(1)と(2)のどちらも添付してください。

- ① 本人確認のできる書類(いずれか1点) … 個人番号カード(表面)のコピー、運転免許証のコピー、パスポートのコピー、その他官公署が発行する写真付き身分証明書のコピー
- ② 番号確認のできる書類(いずれか1点) … 個人番号カード(裏面)のコピー、個人番号通知のコピー、個人番号が記載された住民票や住民票記載事項証明書

訂正箇所には②欄の押印に使用の印鑑で訂正印を押印ください。

ご自分の受け持っている
仕事の内容を具体的に
記入してください。

健康保険 傷病手当金請求書 (第1回)

◎裏面の記入上の注意事項をよく読んでから記入してください。

年金を受けている方は、年金証書の写し及び現在受けている年金額が確認できる書類の写しを添付してください。

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	①	被保険者証の 記号 34 番号 987	②	被保険者 (請求者)の 氏 名 名織 健太郎 生年月日 昭・平 32 年 5 月 15 日	③	被保険者(請求者)の 現住所 〒461-0008 名古屋市中区武平町5-1 TEL (052) 618 - 5517
	④	被保険者が勤務する (していた)事業所の 名称 愛知(株)	⑤	被保険者の 業務の種別 (仕事の内容) 配送		
	⑥	資格取得年月日 昭和 平成 令和 3 年 4 月 1 日	⑦	標準報酬月額 320 千円		
	⑧	傷病名 1 右膝蓋骨骨折 2 3	⑨	発病又は負傷の 年月日 (療養開始日) 1 平成 令和 2 年 2 月 12 日 2 平成 令和 年 月 日 3 平成 令和 年 月 日		
	⑩	老人保健法の医 療を受けたとき 市区町村番号 受給者番号 発行機関名	⑪	介護保険のサ― ビスを受けたとき 保険者番号 被保険者番号 保険者名称		
	⑫	発病の状態または 負傷の原因 (詳しく) (いつ) 平成 令和 2 年 2 月 12 日(水曜日) (何をしていて) 午前 午後 8 時頃 自宅 階段を降りていて転倒	⑬	第三者によるものですか 1: いえ 2: はい		
	※ 外傷の場合は、別途「負傷原因届書」に詳細を記入のうえ添付してください。外傷でない場合も依頼することがあります。 また、第三者の行為による負傷の場合、別途「第三者行為による傷病届」等の提出が必要となるため当組合へご連絡ください。					
	⑭	病欠やけがで仕事 を休んだ期間 (請求期間) 令和 2 年 2 月 12 日から 3 月 31 日まで 令和 2 年 3 月 20 日から	⑮	労災保険の休業補償はありますか 1: いえ 2: 請求中 3: はい		
	⑯	障害年金 について 障害厚生年金又は障害手当金を受給 していますか 基礎年金番号 給付の原因と なった傷病名 現在の年金額 円	⑰	資格喪失者・任意継 続被保険者は記入し てください。 (複数の年金を受給し ている場合はすべて 記入してください。)		
	⑱	年金制度名 厚生年金 基礎年金番号 9400-121314 年金コード 1150 現在の年金額 234.000 円				
	⑲	振込希望の銀行等 預金 普通 総合 当座 金融機関名 中央 店番 122 口座番号 3141592 口座名義人氏名 名織 健太郎				
	⑳	本請求に基づく給付金に関する権限を代理人に委任します。 年 月 日 代理人(フガナ) 氏名 代理人の住所 〒 -	㉑	2 年 3 月 31 日提出 受付日付印		

個人番号記載欄
(健康保険証の記号番号の記入があれば個人番号は記入不要です。)
個人番号を記入した場合は、必ず本人確認書類を添付してください。

作成、提出代行者 社会保険労務士 氏名・印

給付金の受領を代理人に委任しないときは、記入不要です。

年金を受けている方は、年金証書の写し及び現在受けている金額が確認できる書類の写しを添付してください。

給付金の受領を代理人に委任しないときは、記入不要です。

初回請求分は、賃金台帳・出勤簿の写しを添付してください。
（出勤や賃金支払が発生した時も同様に添付してください。）

役員の場合は、休職期間の報酬支払いに関する役員会等
議事録（写）を添付してください。

勤務に服さなかった期間		就労状況 (欠勤…×、出勤…○、早退…◎、有給…△、公休…□と該当日に表示してください。)																														
令和 2 年 2 月 12 日から	1 月	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
令和 2 年 3 月 20 日まで	2 月	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
	3 月	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か月分の基本給・諸手当の額 (支給の有無に関係なく記入してください。)		基本給や諸手当の支給状況 (給料の締切単位に記入してください。)																														
事業主が証明する欄	基本給	1 月 21 日 ~ 2 月 20 日										2 月 21 日 ~ 3 月 20 日										月 日 ~ 月 日										
	月給・日給・時間給 300,000 円	300,000 円										71,429 円										円										
	通勤手当 無 (有) (1か月 8,540 円)	8,540 円										8,540 円										円										
	住宅 手当 (1か月 10,000 円)	10,000 円										2,381 円										円										
	手当 (1か月 円)	円										円										円										
	手当 (1か月 円)	円										円										円										
給料の種 類	月給) 日給・日給月給 時間給・その他 ()	欠勤控除の有無及び控除の方 法										基本 給										欠勤控除の有無 控除する場合は、欠勤控除の計算方法を具体的に記入してください。										
給料締切日	20 日締											通勤 手当										300,000 × $\frac{16}{21}$ = 228,571										
給料支払日	当月 翌月 25 日払											その他の手当										10,000 × $\frac{16}{21}$ = 7,619										
上記のとおり相違ないことを証明します。																																
2 年 3 月 30 日 事業所所在地 名古屋市中区栄町六丁目11番1号 (記載者氏名 愛知 良子) 名称 愛知株式会社 TEL (052) 012 - 3333 事業主氏名 代表取締役 愛知 大助																																

療養のため仕事を休んだ
期間を記入してください。

この欄は、実際に支給した
給料ではなく、本来支給す
べき額を記入してください。

給料の締切単位に記入してください。
賃金台帳を見て、正確に記入してください。

欠勤控除等をする場合は、計算式を記入してください。

代表者印を忘れずに
押印してください。

該当するものを○で囲んでください。

医療機関の印ではなく、
医師の印を押印してく
ださい。

患者の氏名		氏名 佐藤 健太郎																																																																																																	
傷病名		発病又は負傷年月日	療養の給付開始年月日 発病又は負傷の原因																																																																																																
1. 右膝蓋骨骨折		平成(令和) 2年 2月 12日	平成(令和) 2年 2月 12日 自宅で転倒																																																																																																
2.		平成・令和 年 月 日	平成・令和 年 月 日																																																																																																
3.		平成・令和 年 月 日	平成・令和 年 月 日																																																																																																
労務不能と認めた期間		診療実日数	入院期間 療養費用の別																																																																																																
令和 2年 2月 12日から 38 日間 令和 2年 3月 20日まで		26 日 (入院期間を含む)	令和 2年 2月 12日から 22日間 令和 2年 3月 4日まで 健保 公費 自費・その他																																																																																																
診療日及び入院していた日 を○で囲んでください。		<table border="1"> <tr> <td>2月</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td> <td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td> </tr> <tr> <td>3月</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td> <td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td> </tr> <tr> <td>月</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td> <td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td> </tr> </table>		2月	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	3月	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	月	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
2月	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																																																																				
3月	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																																																																				
月	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																																																																				
上記期間における、主たる症状および経過、治療内容・検査結果・療養指導等(詳しく)		人工透析または人工臓器の種類																																																																																																	
2/12入院、レントゲン撮影の結果、転位が見られないため、ギブス固定にて治療し、3月4日退院。		ア. 人工透析 イ. 人工骨類または人工関節 ウ. 人工肛門 エ. 人工膀胱または尿路変更術 オ. 心臓ペースメーカー、人工弁 カ. その他()																																																																																																	
症状経過からみて従来の職種について労務不能と認められた医学的な所見 退院後も自宅にて安静の必要あり。 3/11にギブスを取り外したが、筋萎縮等が見られ引き続き通院リハビリ中。		人工透析または人工臓器の装着(実施日) 平成・令和 年 月 日																																																																																																	
上記のとおり相違ありません。		医療機関所在地																																																																																																	
2年 3月 27日		名称																																																																																																	
TEL (052) 321-0000		医師氏名																																																																																																	
		名古屋市中区一の丸7-5-8 名古屋総合病院 早見 浩																																																																																																	

できるだけ詳しく記入してください。
手術をした場合は、名称と年月日を併せて記入してください。

問診により記入してください。

当該医療機関において、健康保険での療養の開始日(初診日)を記入してください。

ナオリ健康保険組合用紙