健康保険傷病手当金請求書　（第　　回）

届出コード 631

被保険者の注意事項

6 5 4 3 2 1

⑦欄の印は本人の自署に限り不要です。
⑨担当部署は、従事している仕事名を記入してください。
傷病が第三者行為によるものである場合、⑦欄で「はい」に○を付けた場合、「※」印欄以外はもれなく記入してください。
⑫欄で「はい」に○を付けた場合、傷病名と同じ印を訂正した箇所に押印してください。
び支給開始年月、直近の年金額を証明する書類を添付してください。

被保険者証の記号・番号		③ 生年月日	④ 支給額計算	⑤給付記録	⑥ 受付年月日
① 00	② 0000	昭和 平成 令和 00年00月00日	※	※	※ 年 月 日

⑦ 被保険者（請求者）の氏名と印	（フリガナ） ケンポ タロウ 健保 健保 太郎	⑧ 事業所の名称	株式会社 ○○○○
		⑨ 勤務場所 担当部署	○○○○
被保険者（請求者）の住所	⑩ 郵便番号 000-0000	（フリガナ） ○○ケン ○○シ ○○チョウ 1－1	
	⑪ 住所コード ※	○○県 ○○市 ○○町 1-1 電話（0000） 00－ 0000	

⑫ 傷病名	骨折		
発病又は負傷の年月日	○○年 ○○月 ○○日	年 月 日	年 月 日
療養開始年月日	△△年 △△月 △△日	年 月 日	年 月 日
⑭ 介護保険法の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

わかる範囲でできるだけ詳しく記入してください。
原因等がはっきりしない場合は不詳とご記入ください。
※業務外の事由による病気・ケガの場合が対象です。

を詳しく	平成 ○○年 ○○月○○日午前・午後 3時 00分頃 負傷・発病	⑯ 第三者によるものですか
	どこで ○○駅の階段で　なんのために ホームに行こうとして	
	なにをしていて 階段を上がっていたら	0：いいえ 1：はい
	どのようにして負傷・発病したか	
	躓いて転倒し、骨折した。	

第三者行為…交通事故、ケンカなど いづれかに○をつける

⑰ 傷病又は負傷の療養をするため休んだ期間（請求期間）	平成 ○○年 ○○月 ○○日から ○○日間	自 ※ 年 月 日
	平成 ○○年 ○○月 ○○日まで	至 ※ 年 月 日 ※ 日間
⑱ うえの⑰に書いた期間の部分の報酬を受けましたか、又は受けられますか	受けた 受けない 受けられる 受けられない	⑲ 日からの分として 日まで 円

⑱で受けた・受けられるに○をつけた場合記入

⑳ ⑰の期間中労務不能の証明が医師等から受けられなかった期間があるときは	その期間 月 日から 月 日まで	左の期間中の療養状態 1）自宅で療養している 2）他の医師に治療を受 3）その他（理由は）
	うえの期間の症状と服用薬名・用量	
	うえの期間の休業は医師の指示によるものですか	そうです ・ ちがいます
㉑ 障害厚生年金又は障害手当金を受給していますか	障害厚生年金又は障害手当金の受給の原因となった傷病名	基礎年金番号
いいえ ・ 請求中 ・ はい		

⑰の請求期間で医師からの証明を受けられない場合に記入
※原則として医師の証明が必要です

同一の傷病によって障害年金・障害手当金を受けている場合「はい」に○をし、それぞれの欄に記入してください。
また、年金証書、支給明細のコピーも一緒に提出してください。

任意継続被保険者の方	㉒ 老齢又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
資格喪失者の方		円
		円
		円
	年金の合計額	円

資格喪失者、任意継続被保険者の方で老齢又は退職を事由とする公的年金を受給している場合「はい」に○をし、それぞれの欄を記入してください。
また、年金証書、支給明細のコピーも一緒に提出してください。

支払金融機関の欄	㉓ 支払区分	※ 1．振
	㉔ 金融機関コード	※ 本店 支店
	㉖ 口座番号	請求者名義の口座番号を記入してください。（請求者名義以外の口座は振込できません。）

退職者の方は支払金融機関の欄に記入します
（ゆうちょ銀行以外のもの）

委任欄	㉗ この給付金の受領
	請求者氏名 印

退職者以外の方は給与を通しての支払いになる為、委任欄に署名・捺印をします

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不要です）

受付日付印

すでに経過している期間について請求してください。
また、請求期間と医師の証明期間は一致させてください。

事業主が証明するところ	労務に服さなかった期間 月 日～ 月 日 計 日間	出勤は○ 欠勤は× 有給は有 早退は早 休日は休	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	
		月	
		月	

事業主の証明を受けてください

給与の計算期間及び支払日 日から 日まで 日支払	休んだ期間中の分として、報酬を全額又は一部支給した場合、又は支給する場合	基本の名	数	金額
			日間	円
			日間	円
			日間	円
			日間	円

給与の支払い形態	月給（月額 円）・日給（日額 円） 日給月給（月額 円）・時給（時給 円）	現在までも又は将来も支給しない場合はその旨
職場復帰	1．復帰した（ 年 月 日） 2．復帰しない	

無給の場合の社会保険料の負担について、該当するものを○で囲んでください。
イ．本人から徴収しない

記のとおり相違ないこと
証明します。
年 月 日

事業所所在地
名称
事業主名
電話番号（ － － ） 印

審査医師の意見	年 月 日 印

医師の証明を受けてください

医師が記入するところ	傷病		
	発病又は負傷の		年 月 日
	給付開始		年 月 日
	発病の	負傷の原因	
	転	治癒（ 年 月 日）転医・中止・継続	治癒（ 年 月 日）転医・中止・継続
	労務不能と認めた期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間	左の期間中の診療実日数 日 左の期間中の最終診療日 月 日
	入院期間があるときはその期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間	最終診療日の投薬日数 日 入院費用の別 健保・公費・自費・その他
	労務不能と認めた期間の傷病の主症状及び労務不能と認めた理由（くわしく記入してください）	(月) (日)	
		（上記最終診療日の症状を記入してください。）	
	人工透析又は人工臓器等を装着したとき	人工透析を実施又	年 月 日
		人工臓器の種類 ア．人工肛門 カ．人工透析	人工骨頭 オ．心臓ペースメーカー
	上記のとおり相違ありません。 年 月 日	医療機関所在地 名称 医師 氏名	印
	電話（ ）番		

証明は労務不能と認めた期間が経過した後に記入してください。
先付証明は受付できません。

事業主の注意事項

3 2 1

労務に服さなかった期間の出勤状況及び報酬の支給状況は、出勤簿、賃金台帳から確実に転記してください。
休んだ期間に対して将来支給するもの（家族、通勤手当など）は、支払日が来なくても記入してください。
被保険者の資格喪失後の期間にかかる請求であるときは、事業主の証明は必要ありません。

4 3 2 1

「療養給付開始年月日」欄は、健康保険で診療を開始された日を記入してください。
「労務不能と認められた期間」欄は、被保険者の休んだ期間と関係なく独自の立場で臨床上「入院費用の別」欄及び「人工臓器等の種類」欄は、該当の文字を○で囲んでください。
訂正したときは、医師氏名わきに押した印と同じ印を訂正した箇所に押印してください。