健康保険傷病手当金請求書（第 ○ 回）

被保険者（請求者）が記入するところ

健康保険証の記号・番号	記号 ○ 番号 ○○○○		事業所の名称	富士車輌株式会社 ○○○○部 など
資格取得年月日	昭和 平成 令和 ○年 ○月 ○日	生年月日	昭和 平成 令和 ○年 ○月 ○日	業務の種別 ○○○○○
傷病名	○○○○○○○○	発病又は負傷年月日	平成 令和 ○年 ○月 ○日	
発病の状態又は負傷の原因	○○○○○○○○	第三者行為によるものですか	はい・いいえ	
傷病又は負傷の療養をするため休んだ期間	○ 年 ○ 月 ○ 日から ○ 年 ○ 月 ○ 日まで ○ 日間	左記期間中において報酬の全部又は一部を受けたとき又は受けるときその報酬の額及び期間	年 月 日から 年 月 日まで の分として ＿＿＿＿＿＿＿＿円	

介護保険法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
	○○○○○○○○	○○○○○○○○	○○○○○○○○

障害厚生年金・障害手当金受給の有無		支給開始年月日	年金証書の記号番号	受給原因となった傷病名	受給金額
	有 無 請求中	平成 令和 年 月 日			

任意継続被保険者・資格喪失者の	老齢又は退職を支給事由とする公的年金受給	有・無 請求中	支給開始年月日	年金証書の記号番号	年金額
	無		平成 年 月 日		

任継の方は必須、給与口座のある方

支払い金融機関の欄	金融機関名	支店名	預金種別	口座番号	口座名義（カタカナ）
	○○○○	○○○○	普通 当座	○○○○	カタカナ ○○○○ ○○○○

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
（マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認するための添付書類が必要です。）

マイナンバーカードの番号

備考欄	○○○○○○○○

上記により請求します。

令和 ○年 ○月 ○日

富士車輌健康保険組合理事長 殿 被保険者（請求者）の

郵便番号 ○○○-○○○○
住所 ○○県○○市○○
氏名 健保 太郎 ㊞
電話番号 ○○○-○○○-○○○○

☑ 本申請書の提出を事業主へ委任します（委任する場合は ✓ ）

以下は医師に記載してもらう

療養を担当した医師の意見

傷病名			
発病又は負傷年月日	平成・令和 年 月 日	療養の給付を開始した年月日	平成・令和 年 月 日
発病又は負傷の原因		労務不能と認めた期間	平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで 日間
診療実日数	日間		
傷病の主症状及び経過概要			
上記期間中入院した期間がある場合はその期間	平成・令和 年 月 日から平成・令和 年 月 日まで 日間		

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

所在地

名称

電話番号

医師の氏名 ㊞