

健康保険傷病手当金請求書（第 回目）の書き方（右）

療養を担当した医師が意見をかくところ	① 傷病名					
	② 発病または負傷の年月日	年	月	日		
	③ 療養の給付を開始した年月日	年	月	日		
	④ 発病または負傷の原因					
	⑤ 労務不能と認められた期間	平成 年 月 日から	日間	左の期間中の診療実日数	日間	
	⑥ 傷病の主状態および経過概要	人工透析または人工臓器等を装着したとき 人工透析を実施または人工臓器を装着した日 平成 年 月 日 人工臓器等の種類 ア、人工肺門 イ、人工膀胱 ウ、人工膀胱 エ、人工心臓 オ、心臓ペースメーカー カ、人工透析 キ、その他()				
⑧ うえのとおり相違ありません。	平成 年 月 日					
医師 医療機関名	氏名	電話(局)	番			

- (1) ①は、それぞれ該当する文字を○で囲む。
- (2) ③、初診の日ではなく、その傷病について健康保健による療養を始めた日を記入するものなので、被保険者証の療養給付記録欄などを見て記入する。
- (3) ⑥は、なるべく詳しく記入する。特に、手術をした場合は、手術の名称と手術年月日を、また、結核性の疾病については検痰成績、安静度、赤沈値、理学的所見などを記入する。□人工透析または人工臓器等を装着した場合は、実施日または装着日を記入する。□なお、人工臓器等を装着した場合は、「人工臓器等の種類」を○で囲む。
- (4) 期間の計算は、両端を入れて計算する。(例) 6月13日から6月19日まで=7日間

※	⑨ 減額期間	期間	自	年 月 日	至	年 月 日	日数	金額
	⑩ 全部不支給	期間	自	年 月 日	至	年 月 日	日数	
	⑪ 不支給(法定外)	期間	自	年 月 日	至	年 月 日	日数	

支払金融機関の欄	⑫ 支払区分	1. 振込 2. 銀行送金 3. 郵便局送金 4. 当地払	⑬ 預金種別	1. 普通 2. 当座 3. 通知 4. 別段	銀行 本店 金庫 支店 農協
	⑭ 金融機関コード	口座名義			
	⑮ 口座番号	郵便局			

⑯ 本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 平成 年 月 日

被保険者(請求者) 住所 氏名

⑰ 代理人の氏名と印 (フリガナ) ⑱ 委任者と代理人との関係

代理人の住所 ⑲ 郵便番号 (フリガナ) ⑳ 送信

社会保険労務士の提出代行者印