

※保険証の記号・番号を記入 健康保険傷病手当金請求書（第 回）

被保険者証の記号番号	記号	1		被保険者資格取得日	平成	年	月	日	被保険者資格喪失日(喪失後の場合)	平成	年	月	日
	番号	1234		令和	0	0	4	0	1	令和			
被保険者氏名	フリガナ	ケンボ タロウ		被保険者住所	〒 321-0000 埼玉県〇〇市〇〇町5-5-5 〇〇マンション505号室								
	氏名	健保 太郎			電話	03 (5555) 5555		社員・職員コード	123455				
生年月日	昭和・平成	〇〇	年	〇〇	月	〇〇	日	電話	048 (5555) 6666				
事業所名及び電話	〇△〇△事業所		電話	03 (5555) 5555		社員・職員コード	123455						
傷病名	右大腿部骨折		発病又は負傷年月日	平成	年	月	日	令和	0	0	3	2	1
発病の状態又は負傷の原因を詳しく			第三者の行為によるものですか	いいえ・はい									
傷病又は負傷で療養するため休んだ期間	令和	〇	年	10	月	11	日	から	21 日間				
	令和	〇	年	10	月	21	日	まで					
①うえに書いた期間の部分の報酬(賃金)を受けましたか、又は受けられますか	現在まで	受けた・ 受けない		将来	受けられる・ 受けられない								
②報酬支払を受けたとき(受けられる)ときは、その報酬の額と、その報酬支払の基礎となった(なる)期間	令和	年	月	日	から	の分として		円					
	令和	年	月	日	まで								
障害年金・障害手当金を受けているとき又は受けることのできる時	年金の種類	障害年金	障害手当金	年金額	円	年金の支給事由となった傷病名							
	年金を受けることとなった年月日	年	月	日	障害年金を受けている場合は基礎年金番号								

事業主が証明するところ	労務に服さなかった期間	令和	年	月	日	から	日間	令和	年	月	日	まで	
	①全額支給した場合又は支給する場合	令和	年	月	日	から	の分の報酬を	円	令和	年	月	日	まで
うえの期間中の分として支払う報酬関係	②一部支給した場合又は支給する場合	令和	年	月	日	から	の分の報酬を	円	令和	年	月	日	まで
		令和	年	月	日	から	の分の報酬を	円	令和	年	月	日	まで
③現在まで又は将来も支給しない場合は、その旨	令和	年	月	日	から	の分の報酬は、現在までも将来も支給しません。	令和	年	月	日	まで		
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													
事業主 名称													
氏名													
電話													

※第一回目の請求は、出勤簿、賃金台帳の写しを添付してください。

療養を担当した医師が意見をかくところ	傷病名													
	発病又は負傷年月日	令和	年	月	日									
	療養の給付を開始した年月日	令和	年	月	日									
	発病又は負傷の原因													
	労務不能と認めた期間	令和	年	月	日	から	日間	左の期間中の診療実日数	日間	令和	年	月	日	まで
	傷病の経過概要	※医師の証明が必要です												
うえの期間中における入院した場合はその期間	令和	年	月	日	から	日間	入院の費用の別	健保・公費	円	令和	年	月	日	まで
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														
医師 医療機関名														
氏名														
電話														

※資格喪失後の継続給付の場合は、無職無収入証明を記入してください。

無職無収入証明	令和	年	月	日	から	日間	無職無収入でありました。	令和	年	月	日	まで
	令和	年	月	日	まで							
	上記のとおり相違ありません。											
令和 年 月 日												
被保険者 住所												
氏名												

支払金融機関	銀行	信用金庫	信用組合	本店
	支店番号	1 2 3	口座番号(右づめ)	0 0 1 2 3 4 5
	名義人(フリガナ)	ケンボ タロウ		
	氏名	健保 太郎		

※被保険者名義の口座を記入

※被保険者名義の口座を記入して下さい。
PwC健康保険組合

令和 年 月 日提出

受付日付印