

※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	048 (5555) 6666			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 1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	令和 年 月 日 まで			の分として			円							
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
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 から	の分の報酬を	円
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				

※事業主の証明が必要です

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				
傷病の主状態及び経過概要	※医師の証明が必要です				
うえの期間中に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 自費・その他	
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		
	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		本店	
	信用金庫		支店	
	信用組合		×××	
	支店番号	普通・当座	口座番号(右づめ)	
1 2 3	0 0 1 2 3 4 5	※被保険者名義の口座を記入		
名義人(フリガナ) ケンボ タロウ				
健保 太郎				

※被保険者名義の口座を記入して下さい。

PwC健康保険組合

※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。