健康保険傷病手当金請求書　（第　回）

届出ｺｰﾄﾞ 631

被保険者の注意事項

6 5 4 3 2 1

㉑㉒⑦欄の印は本人の自署に限り不要です。⑨担当部署欄は、従事している仕事を具体的に記入してください。傷病が第三者行為によるものであるときは、「負傷届」を添付してください。記載事項を訂正したいときは、⑦欄の被保険者氏名印と同じ印を訂正した箇所に押印してください。㉑欄で「はい」に○を付けた場合、年金証書および支給開始年月、直近の年金額を証明する書類を添付してください。「※」印欄以外はもれなく記入してください。

被保険者が記入するところ

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	3：大 昭 平 0 年 0 月 0 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 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 0000000 ／ ⑪ 住所ｺｰﾄﾞ ※	（フリガナ） ○○ケン ○○シ ○○チョウ 1－1 ○○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	年 月
療養開始年月日	△△年 △△月 △△日	年 月	年 月
⑬ 老人保健法の医療を受けたとき	市町村番号	受給者番号	発行機関等
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

⑮ 発病の状態又は負傷の原因を詳しく

平成 ○○年 ○○月○○日午前・(午後) 3時 00分頃 (負傷)・発病
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**
どのようにして負傷・発病したか
躓いて転倒し、骨折した。

⑯ 第三者によるものですか　0：いいえ　1：はい

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
平成 ○○年 ○○月 ○○日まで
○○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)

⑱で受けた・受けられるに○をつけた場合

⑲ 報酬の支払を受けた（受けられる）[illegible] 日からの分として 月 円

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）自宅で療養していた 2）他の医師に治療を受けていた 3）その他（理由は）

うえの期間の症状と服用薬名・用量

⑰の請求期間すべて医師からの証明を受けられない場合に記入

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		

同一の傷病によって障害金・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下さい
支給明細のコピーも一緒に提出して下さい

資格喪失後の継続被保険者の方

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
年金コード又は	年金額
	円
…	円
…	円
年金の合計額 ※	円

支払金融機関の欄

退職者の方は支払金融機関の欄に記入します（ゆう貯銀行以外のもの）

㉓ 支払区分 ※ 1．振 本店
㉔ 金融機関 ※ 支店
㉕ 口座番号
（請求者名義以外の口座は振込できません。）

委任欄

㉖ この給付金の受領

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

請求者氏名 ㊞

年 月 日 提出　　受付日付印

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

月	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下さい

給与の計算期間及び支払日	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
日から			日間	円
日まで			日間	円
日支払			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。
ア．本人から徴収（する）した　イ．本人から徴収しない

上記のとおり相違ないことを証明します。

事業所所在地
名称
事業主名
平成 年 月 日　電話番号（ － － ）　㊞

請求期間と医師の証明期間は一致させてください。

審査医師の意見　平成 年 月 日 ㊞

療を担当した医師が記入するところ

医師の証明を受けて下さい

傷病			
発病又は負傷の			年 月 日
差給付開始			年 月 日
発	又は負傷の原因		
転帰		治癒（ 年 月 日）転医・中止・継続	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	平成 年 月 日から 平成 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	平成 年 月 日から 平成 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	人工透析を実施又は人工臓器を装着した日	平成 年 月 日
	人工臓器の種類	ア．人工肛門 イ．人工膀胱 ウ．人工関節 エ．人工骨頭 オ．心臓ペースメーカー カ．人工透析器 キ．その他

上記のとおり相違ありません。

平成 年 月 日　医療機関所在地
名称
電話 （ ） 番　医師 氏名　㊞

事業主の

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。
2 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。
3 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。

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。
2 「労務不能と認められる期間」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労務不能と認められる期間を記入してください。
3 「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。
4 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。