健康保険　傷病手当金・傷病手当付加金請求書（第　　回）

令和　　年　　月　　日提出

被保険者（請求者）が記入するところ

被保険者 記号・番号	―	事業所の 名称	
被保険者の氏名		所属・ 電話番号	（　　）
住　所 電話番号	〒 （　　）		
傷　病　名		発病又は負傷の年月日	令和　　年　　月　　日
発病の状態又は負傷の原因を詳しく		第三者の行為(交通事故など)による傷病ですか (はいの場合、別途届出が必要です)	いいえ ・ はい
		業務上の傷病ですか	いいえ ・ はい
		通勤途上の傷病ですか	いいえ ・ はい
病気またはけがのため休んだ期間	令和　　年　　月　　日から 令和　　年　　月　　日まで　　日間　ただし、（　　）日は出勤のため除く		
上記に記載した期間に報酬を受けましたか。又は、受けられますか。	受けた　今後受ける予定 受けない　今後受けられない予定	報酬の支払を受けた(今後受ける予定)ときはその期間	令和　　年　　月　　日から 令和　　年　　月　　日まで
障害厚生年金又は障害手当金を受給していますか(受給している場合は、年金額を証明するものを添付のこと)	いいえ ・ 請求中 ・ はい	年金番号	
		年金額	
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(受給している場合は、年金額を証明するものを添付)	いいえ ・ 請求中 ・ はい	年金番号	
		年金額	
入院したとき　病院診療所の名称・所在地			
入院したとき　入院期間	令和　　年　　月　　日 から 令和　　年　　月　　日まで　　日間		

振込先の確認

本請求に基づく給付金は以下の口座に振込みます。(確認後□にチェック[✓]を付けてください。)

□ 在職者：事業主に支給し、事業主から給与口座に合算して振込み
　任意継続者：資格取得申請書に記載された振込口座

※上記振込先ではなく、マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用する場合　⇒　□(チェック[✓]してください)

武田薬品健康保険組

◎武田薬品の方は、本社人事届出申請窓口へ、武田薬品以外の方は各会社の人事担当者に提出してください。
◎任意継続・継続給付の方は、「日常生活療養状況申立書」と初回申請時に「同意書」の提出をお願いします。
◎公金受取口座を利用する場合、マイナポータル等での登録手続きが完了していることを必ずご確認ください。
　登録が完了していない場合、給付金の振込が遅れます。

記号 番号	―	被保険者 氏名	

事業主が記入するところ

傷病により労務に服さなかった期間	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで　日間		
上記期間中に報酬を支給したとき （支給すべきものであること）	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで　日間		
上記期間に支給した報酬額	円	報酬日額	円
賃金の種類（該当するものに〇）	月給 ・ 日給月給 ・ 日給 ・ 時給 ・ その他（　　）		

下記の欄は労務に服さなかった期間の勤怠をご記入ください。
欠勤・休職等は×、出勤は〇、有給休暇（年休・特休等）は△、休日（会社が休みの日）は休で表示してください。

年　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
年　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

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和　　年　　月　　日

事業主の所在地

名　称

氏　名

電　話　　（　　）

療養を担当した医師が意見を記入するところ

傷　病　名			
発病又は負傷の年月日	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 令和　年　月　日まで　日間		
上記期間中に入院した	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで　日間		

＊受診日に〇をしてください。

年　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
年　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

傷病の主状態及び 経過概要	

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和　　年　　月　　日

住所（所在地）

医師　医療機関名

氏　　名　　㊞[自署の場合は押印不要]

電　　話　　（　　）

武田薬品健康保険組合

＜事業主の方へ＞

1.「傷病により労務に服さなかった期間」の報酬額(無い場合も含む)が確認できる給与明細等を提出いただく場合があります。
2. 被保険者の資格喪失後の期間については事業主の証明は必要ありません。
3. **事業主欄の訂正箇所には事業主の印を押印してください。**

＜医療機関の方へ＞

1. 労務不能と認めた傷病の症状、経過をわかりやすく記入してください。
2. 合併症の場合はすべての疾病について記載してください。
3. 上記医師意見書欄と同一様式であれば、診断書作成システム傷病手当金請求書の添付でも結構です。