


受付年月日	年 月 日	決 裁					
伺 年 月 日	年 月 日	常務理事	事務長	課長	担当者	台帳照合印	
決 裁 年 月 日	年 月 日						
※支給支払決議書	支給額	円	資格取得	年 月 日			
	支給内訳	傷病手当金	円	資格喪失	年 月 日		
		傷病手当金付加金	円	標準報酬月額	千円(第 級)		
	支給開始	年 月 日	障害年金額・日額障害手当金額		円(日額 円)		
	支給期間	自 年 月 日 至 年 月 日 日間	老齢(退職)年金額		円(日額 円)		
	前回	始 年 月 日 終 年 月 日	全部・一部 不支給	期間	年 月 日から 日間		
		理由		年 月 日まで 円 ※支給支払決議書			
		備	考				

傷病手当金請求書

(第 回目)

① 被保険者証の 記号・番号	00000000		② 被保険者の 業務の種類	〇〇〇		
③ 事業所の名称 及び所在地	名称	〇〇〇〇株式会社		所在地	〇〇県〇〇市△△町1-1	
④ 資格を取得 した年月日	〇〇年〇〇月〇〇日		⑤ 標準報酬月額	000円		
⑥ 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 機関名	
⑦ 介護保険のサー ビスを受けたとき	保険者 番号		被保険者 番号		保険者 名称	
⑧ 発病又は負傷 の年月日	〇〇年〇〇月〇〇日		⑨ 傷病名	骨折		
⑩ 発病又は 負傷の原因	ソフトボール大会に参加し、転倒し、骨折					⑪ 第三者行為によるものですか <input checked="" type="radio"/> いいえ・ <input type="radio"/> はい
被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	⑫ 労務に服することが 出来なかった期間	〇〇年〇〇月〇〇日 〇〇年〇〇月〇〇日	〇〇日 〇〇日間			
	⑬ 上記期間の報酬の全 部又は一部を受けた とき、又は受けるこ とができるときは、 その報酬額及び期間	年 月 日 年 月 日	日 日間	円 円		
	⑭ 障害年金、障害手 当金を受けている とき、又は受ける ことができるとき	(ア) 年金の種類 障害年金・障害手当金	(イ) 年金額	(ウ) 年金の支給 事由となっ た傷病名		
	(エ) 年金を受ける こととなった 年月日	年 月 日	(オ) 障害年金を受けて いる場合は基礎年金 番号・年金コード			
	⑮ 任意継続被保険者 の方	(ア) 老齢(退職) 年金の名称	(イ) 基礎年金番号及び年 金コード又は記号番 号若しくは番号	(ウ) 受給年月日	(エ) 年金額	はい・請求中・ <input checked="" type="radio"/> いいえ
				年 月 日	円	
				年 月 日	円	
				年 月 日	円	
			(カ) 年金の合計額		円	
	⑯ 振込希望の銀行	〇〇〇〇 金庫 銀行 〇〇 支店 (普通 当座 No. 0000000)				
	⑰	〇〇年〇〇月〇〇日				
		上記のとおり請求します。				
	被保険者の 住所	〇〇県〇〇市△△町1-1				
	氏名	健保 太郎				
		健康保険組合理事長 殿 				

事業主が証明するところ	⑮ 労務に服さなかった期間	〇〇年〇〇月〇〇日から 〇〇年〇〇月〇〇日まで	〇〇日間	
	⑰ 上記の期中と支関係の期間のし報酬	(ア) 全額支給した 場合、又は支給 する場合	〇〇年〇〇月〇〇日から 〇〇年〇〇月〇〇日まで	の分として 金 〇〇〇〇円 (〇〇月〇〇日支払) [日額 金 〇〇〇〇円]
		(イ) 一部支給した 場合、又は支給 する場合	年 月 日から 年 月 日まで	の分として 金 円 (月 日支払) [日額 金 円]
		(ウ) 現在までも 又、将来も支給 し、その旨は、		
⑳	上記とおり相違ないことを証明します。		〇〇年〇〇月〇〇日	
	事業主 住所 〇〇県〇〇市△△町1-1 氏名 〇〇 〇〇		印 電話 〇〇 局 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇 番	

療養を担当した医師が意見を 書くところ	⑳ 傷病名	骨折	㉑ 発病または負傷の原因	転倒	
	㉒ 発病または負傷の 年月日	〇〇年〇〇月〇〇日	㉓ 療養の給付を開始した 年月日	〇〇年〇〇月〇〇日	
	㉔ 労務不能と認め た期間	〇〇年〇〇月〇〇日から 〇〇年〇〇月〇〇日まで	〇〇日間	㉕ 診療実日数	〇〇日間
	㉖ 傷病の主症状および 経過概要	㉗ 上記の期間中に入院 をした期間がある場合は その期間		年 月 日から 年 月 日まで	日間
		入院の費用の別		健 保 公 費 自 費 そ の 他	
㉘	上記とおり相違ありません。		〇〇年〇〇月〇〇日		
	住所(所在地) 〇〇県〇〇市△△町2-1 医師 医療機関名 〇〇総合病院 氏 名 〇〇 〇〇		印 電話 〇〇〇 局 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇 番		

委任状	⑳ 私は	年 月 日	を代理人と定め、次の権限を委任する。 日請求した傷病手当金・傷病手当金付加金のうち 円也の受領に関する事。
	金	年 月 日	
		被保険者の住所 (請求者) 氏名	印
		代理人の住所 氏名	印
㉙	振込希望の金融 機関名	金庫 銀行 支店 (普通 当座 No.) 組合	

領収書	㉚ 金 〇〇〇〇円也但し うへの金額を領収いたしました。	〇〇年〇〇月〇〇日
	健康保険組合理事長 殿	
	受領者 住所 〇〇県〇〇市△△町3-2-1 氏名 健保 太郎	印 (健康)

記入方法については次ページの記載事項を御覧の上御記入下さい。

・ 被保険者の注意事項

- ア. ①および④欄は、健康保険の被保険者証に書いてあります。⑤欄は勤務先から交付される「賃金支払内訳票」などを見ればわかります。
- イ. ⑥欄は、療養のため勤務に服することができない期間中に老人保健法の医療を受けたときは、健康手帳の医療の受給資格を証する頁に記載されている市町村番号、受給者番号および発行機関名を記入して下さい。
- ウ. ⑦の欄は療養のため、勤務に服することが出来ない期間中に介護保険法によるサービスを受けたときには被保険者証に書いてある保険者番号、被保険者番号、保険者名を記入して下さい。
- エ. ⑩欄は、(いつ〇〇年〇月〇日午前〇時)、どこで(自宅の庭で)、なにを(薪を)、どうしているうち(割っているうち)、なにが(薪の)、どういうふうになって(破片が飛んで)、どこを(顔を)、どうした(裂傷した)というようによく詳しく記載して下さい。
- オ. ⑭欄は、同一の疾病又は負傷及びこれによって発した疾病により、障害年金、障害手当金を受けている場合に記入するとともに障害年金該当者は障害年金証書の写、支給開始並びに直近の額を証する書類を、又、障害手当金の該当者はその支給額を証する書類を添付して下さい。
- カ. ⑭欄で障害年金、障害手当金を現在請求中の場合(受けることができる)ときは、(ハ)欄のみにその旨を記入して下さい。
- キ. ⑭(ア)欄は、受けている年金を○で囲んで下さい。
- ク. ⑭(イ)(ウ)(エ)欄は、障害年金を受けている場合又は、障害手当金を受けている場合は、それぞれの支給を証する書類等をみて記入して下さい。
- ケ. ⑭(ハ)欄は障害年金を受けている人は、その年金証書の記号番号をみて記入して下さい。
- コ. ⑮(ア)欄は現在の年金受給状況を○で囲んで下さい。
- サ. ⑮(イ)(ウ)(エ)(ハ)欄は支給を証する書類等を見て記入して下さい。
- シ. ⑮(カ)欄は年金の合計額を記入して下さい。
- ス. ⑯欄は、被保険者(本人)が直接受領するときに、被保険者の希望する振込機関名を記入して下さい。
- セ. 傷病が第三者の行為によるものであるときは、「第三者行為による傷病(死)届」を作って、この請求書に添付して下さい。
- ソ. ⑳欄は、委任により代理受領するときに、代理人の希望する振込機関名を記入して下さい。
- タ. ㉑欄は、被保険者(本人)が直接健康保険組合の窓口で受領するときに記入して下さい。
- チ. ※印の欄には記入しないで下さい。

・ 事業主の注意事項

- ア. ⑲欄の「全部支給」または「一部支給」とは、一日当たりの賃金の全部または一部の意味であること。
- イ. ⑲欄の(ア)と(イ)にわたるときは、両欄にそれぞれの事柄を記載すること。
- ウ. ⑲欄の(ウ)の欄は、「現在までも、また将来も支給しない」を記載して下さい。
- エ. ㉒欄は、被保険者の資格を喪失した後の期間にかかる請求であるときは、事業主の証明を要しません。

・ 医師の注意事項

- ア. ㉔欄は、初診日を記載するのではなく、その傷病について健康保険による療養を始めた日を記載するものですから、被保険者証の療養給付記録欄などを見て記載して下さい。
- イ. ㉕欄は、なるべく詳しく記載して下さい。特に、手術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載して下さい。

・ その他共通する注意事項

- ア. 訂正したところは、各記載者の氏名のわきに押した印と同じ印(①から⑰までの訂正箇所には⑰の印、⑱から㉒までの訂正箇所には㉒の印、㉓から㉕までの訂正箇所には㉕の印、㉖から㉗までの訂正箇所には㉗の印)を訂正印として押して下さい。
- イ. 印はハッキリと押し、印洩れのないようにして下さい。
- ウ. ⑫、⑱、㉕欄の期間の計算は、両端を入れて間違いなく計算して下さい。たとえば6月13日から6月19日まで、7日間となります。