

受付年月日	年	月	日
伺年月日	年	月	日
決済年月日	年	月	日
※支給 支払 決議書	支給額	円	
	支給開始	年	月 日
	支給期間	自 年 月 日	至 年 月 日 日間
	前回	始	年 月 日
		終	年 月 日
備考			

決済		
常務理事	事務長	担当者
資格取得	年 月 日	
資格喪失	年 月 日	
標準報酬月額	千円(第 級)	
障害年金・日割障害手当金額	円(日額 円)	
全部・一部 不支給	期間	年 月 日から 日間 年 月 日まで 円
	理由	

## 傷病手当金請求書 (第 回目)

被 保 険 者 が 記 入 す と こ ろ	① 被保険者証の 記号・番号			② 被保険者の 業務の種別				
	③ 事業所の名称 及び所在地			所在地	〒 -			
	④ 資格を取得した年月日	年 月 日		⑤ 標準報酬月額	000 円			
	⑥ 後期高齢者医療制度で 医療を受けたとき	市町村 番号			受給者 番号			発行 機関名
	⑦ 発病又は負傷の年月日	年 月 日		⑧ 傷病名				
	⑨ 発病又は負傷の原因							
	⑩ 労務に服することが できなかった期間	年 月 日から		年 月 日まで		日間		
	⑪ 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 日から		年 月 日まで		日間		
	⑫ 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) 年金の種別	障害年金 障害手当金	(イ) 年金額			(ウ) 年金の支給 自由となっ 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 いる場合は障害年 金証書の記号番号				
	⑬ 振込希望の銀行	銀行		支店 ( 普通 当座 )				
	⑭ 上記のとおり申請します。	健康保険組合理事長殿		年 月 日				
		〒 -						
		住所 被保険者の 氏名		⑩				

事業主が証明するところ	労務に服さなかった期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間
	⑯ 上記の期間中 の分として支払う報酬関係	(ア) 全額支給した場合、 又は支給する場合	年 月 日から 年 月 日まで の分 金 円 ( 日 額 ) ( 月 日 支払 ) ( 金 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 金 円 ( 日 額 ) ( 月 日 支払 ) ( 金 円 )
		(ウ) 現在までも又、将来も支給しない場合は、その旨	
⑰ 上記のとおり相違ないことを証明します。			
〒 ー 年 月 日 事業主 住所 氏名 ⑱			

療養を担当した医師が意見を書くところ	⑱ 傷病名		⑲ 発病又は負傷の 原因	
	⑳ 発病または負傷の 年月日	年 月 日	㉑ 療養の給付を 開始した年月日	年 月 日
	㉒ 労務不能と 認められた期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間	㉓ 診療実日数 日間
	㉔ 傷病の主症状 および経過概要			
	⑲ 上記のとおり相違ありません。			
〒 ー 年 月 日 医師 住所 氏名 ⑲ 電話				

委任状	⑳ 私は	を代理人と定め、次の権限を委任する。
	金 年 月 日請求した傷病手当金のうち 円也の受領に関すること。	
	被保険者の	住所 氏名 ⑲ 〒 ー
	代理人の	住所 氏名 ⑲ 〒 ー
㉗ 振込希望の銀行 銀行 支店 ( 普通 当座 )		

領収書	㉘ 金 円也但し うへの金額を領収いたしました。	年 月 日
	健康保険組合理事長 殿 受領者 住所 氏名 ⑲	

## ●被保険者の注意事項

- ア. ①および④は、健康保険の被保険者証に書いてあります。⑤は勤務先から交付される「賃金支払い内訳票」などをみればわかります。
- イ. ⑥欄は、療養のために勤務に服することができない期間中に後期高齢者医療制度で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、受給者番号及び発行機関名を記入してください。
- ウ. ⑨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）というように詳しく記載してください。
- エ. ⑫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ください。
- オ. ⑫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、(カ)欄のみにその旨を記入してください。
- カ. ⑫(ア)欄は、受けている年金を○で囲んでください。
- キ. ⑫(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ください。
- ク. ⑫(カ)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ください。
- ケ. ⑬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ください。
- コ. 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」を作成し、この請求書に添付してください。
- サ. ⑰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ください。
- シ. ⑱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ください。
- ス. ※印の欄には記入しないでください。

## ●事業主の注意事項

- ア. ⑯欄の「全部支給」又は「一部支給」とは、一日あたりの賃金の全部又は一部の意味であること。
- イ. ⑯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. ⑯欄の(ウ)の欄は、「現在までも、また将来も支給しない」と記載してください。
- エ. ⑰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. ⑳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みて記載してください。
- イ. ㉑欄は、なるべく詳しく記載してください。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ください。

## ●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を訂正印として押してください。
- イ. 印ははっきりと押し、印洩れのないようにしてください。
- ウ. ⑩、⑮、㉒の期間の計算は、両端を入れて間違いなく計算してください。たとえば6月13日から6月19日までは、7日間となります。