

受付年月日	年 月 日	決 裁			
同 年 月 日	年 月 日				台帳照合印
決 裁 年 月 日	年 月 日	資 格 取 得	年 月 日	資 格 喪 失	年 月 日
※支給支払決議書	支 給 額	円	標 準 報 酬 月 額	千円(第 級)	
	支給内訳	円	障害年金額・日額障害手当金額	円(日額 円)	
	支 給 開 始	年 月 日	老 齡 (退 職) 年 金 額	円(日額 円)	
	支 給 期 間	自 年 月 日 日 間	全 部 ・ 一 部 給 不 支 給	期 間	年 月 日 から 日 間
	前 回	始 年 月 日	理 由		
	終 年 月 日	備 考			

傷病手当金・傷病手当付加金請求書 (第 回目)

被 保 険 者 が 記 入 す る こ と	① 被保険者証の記号・番号	② 被保険者の業務の種類		
	③ 事業所の名称及び所在地	名称	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 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
	⑧ 発病又は負傷の年月日	年 月 日	⑨ 傷病名	
	⑩ 発病又は負傷の原因	⑪ 第三者行為によるものですか いいえ ・ はい		
	⑫ 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	
	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 から 年 月 日 まで	日 間	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	⑯ 年金の種類	障害年金・障害手当金	⑰ 年金額
		⑱ 年金を受けることとなった年月日	年 月 日	⑲ 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資格喪失者	⑳ 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		はい・請求中・いいえ
		㉑ 老 齡 (退 職) 年 金 の 名 称	㉒ 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	㉓ 受 給 年 月 日
				㉔ 年 金 額
				年 月 日
			年 月 日	
⑯ 委任状	給付金の受領を事業主に委任します。事業主経由でお支払いします。 被保険者氏名			
	⑰ 上記のとおり請求します。 年 月 日			
住所 被保険者の 氏名 健康保険組合理事長 殿				

事業主が証明するところ	⑭ 労務に服できなかった期間	年 月 日 から 年 月 日 まで	日 間
	⑮ 上記の期間中の分として支払う報酬関係	㉑ 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 (日額金 円) の分として (日額金 円) (月 日支払)
		㉒ 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 (日額金 円) の分として (日額金 円) (月 日支払)
	⑯ 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。 年 月 日			
住 所			
事業主 氏 名		電 話 局 () 番	

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 発病又は負傷年月日	年 月 日	㉑ 療養の給付を開始した年月日
	㉒ 労務不能と認められた期間	年 月 日 から 年 月 日 まで	㉓ 診察実日数
	㉔ 傷病の主症状概要	㉕ 上記期間中に入院をした期間がある場合はその期間	
		入院の費用の別	健 保 ・ 公 費 自 費 ・ その他
㉖ 上記のとおり相違ありません。 年 月 日			
住 所 (所在地) 医 師 医 療 機 関 名 氏 名		電 話 局 () 番	

委 任 状	⑰ 私は 年 月 日 請求した傷病手当金・傷病手当付加金のうち 円也の受領に関すること。		
	金 年 月 日	住 所 被 保 険 者 の (請求者) 氏 名	住 所 代 理 人 の 氏 名
⑱ 振 込 希 望 の 金 融 機 関 名	金 庫 ・ 銀 行 (普通・当座) 支 店 NO.		

領 収 書	⑰ 金 円也 但し 年 月 日		
	う え の 金 額 を 領 収 いた した ま した 。 健 康 保 険 組 合 理 事 長 殿 住 所 受 領 者 氏 名		

記入方法については裏面の記載事項をご覧ください。

●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ください。

ウ. ⑦の欄は療養のため、勤務に服することができ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ください。

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)というようによくわしく記載してください。

オ. ⑭欄は、同一の疾病又は負傷およ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。

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)は、⑯欄のみにその旨を記入してください。

キ. ⑭の欄は、受けている年金を○で囲んでください。

ク. ⑭⑯⑰⑱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見て記入してください。

ケ. ⑭⑱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。

コ. ⑮の欄は現在の年金受給状況を○で囲んで下さい。

サ. ⑮⑯⑰⑱欄は支給を証する書類等を見て記入してください。

シ. ⑮の欄は年金の合計額を記入してください。

※⑮欄の補足

老齢又は退職を支給事由とする年金該当者につきましては、平成13年3月28日付厚生労働省保険局保険課企画法令第1係より健康保険組合事務担当者宛事務連絡がなされ傷病手当金請求者に対しては請求書に老齢給付の年金証書又はこれに準ずる書類の写し、その額その支給開始年月を証する書類と直近の額を証明する書類等を添付させることとなっておりますので、被保険者に対しては本連絡を参照のうえご指導をお願いします。

ス. ⑯欄は、事業主経由でお支払いしますので、必ず記入してください。

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ください。

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ください。

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ください。

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㉑と㉒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㉑の欄は「現在までも、または将来も支給しない」と記載して下さい。

エ. ⑳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ください。

イ. ㉕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疫成績、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(①から⑰までの訂正箇所には⑰の印、⑱から⑳までの訂正箇所には㉑の印、㉒から㉓までの訂正箇所には㉓の印、㉔から㉕までの訂正箇所には⑰の印)を訂正印として押してください。

イ. 印はハッキリと押し、印洩れのないようにしてください。

ウ. ⑫、⑱、㉓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。