

| | | | |
|-----------|--------------------|---------------|----------------------|
| 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 | | |
| ※支給額 | 円 | 資格取得 | 年 月 日 |
| 支給内訳 | 円 | 資格喪失 | 年 月 日 |
| 支給開始 | 年 月 日 | 標準報酬月額 | 千円(第 級) |
| 支給期間 | 自 年 月 日 至 年 月 日 日間 | 障害年金・日額障害手当金額 | 円(日額) |
| 前回 | 始 年 月 日 | 老齢(退職)年金額 | 円(日額) |
| | 終 年 月 日 | 全部・一部不支給理由 | 年 月 日から 年 月 日まで 日間 円 |
| | | 備考 | |

傷病手当金・傷病手当付加金請求書 (第 回目)

| | | | | | | |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------------|------------|--|
| 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 | 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 | 保険者名称 | |
| 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 | | 受けた報酬額 | | 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年金の支給事由となった傷病名 | | |
| | ⑲年金を受けることとなった年月日 | 年 月 日 | ⑳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資格喪失の方 | 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老齢(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 | 円 | | |
| | | | 年 月 日 | 円 | | |
| | | 年 月 日 | 円 | | | |
| | | | ㉕年金の合計額 | | 円 | |
| ⑯振込希望の金融機関名 | 金庫銀行・郵便局 支店 (普通 当座 No.) | | | | | |
| ⑰ 上記のとおり請求します。 年 月 日 | | | | | | |
| 被保険者の住所氏名 | | 健康保険組合理事長 殿 | | | | |

| | | | |
|-----------------------------|----------------------|---------------------|---------------------------------|
| 事業主が証明するところ | ⑱ 労務に服さなかった期間 | 年 月 日から 年 月 日まで | 日間 |
| | ⑲ 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 (月 日支払) (金額 円) |
| | | 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 (月 日支払) (金額 円) |
| | ㉓ 現在までも支給しない場合は、その旨 | | |
| ⑳ 上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 | | | |
| 事業主住所氏名 | | 電話 局 () 番 | |

| | | | | |
|------------------------|-----------------|----------------------------|-----------------------|--------------------|
| 療養を担当した医師が意見を書くところ | ㉑ 傷病名 | ㉒ 発病又は負傷の原因 | | |
| | ㉓ 発病又は負傷の年月日 | 年 月 日 | ㉔ 療養の給付を開始した年月日 年 月 日 | |
| | ㉕ 労務不能と認められた期間 | 年 月 日から 年 月 日まで | ㉖ 診察実日数 日間 | |
| | ㉗ 傷病の主症状および経過概要 | ㉘ 上期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 | | 健自 保費 公費 其他 |
| ㉙ 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 | ⑳ 私は 年 月 日 貴組を代理人と定め、次の権限を委任する。 | | |
| | ㉑ 年金 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。 | | |
| ⑳ 振込希望の金融機関名 | 住所 被保険者の(請求者) 氏名 | | ㉒ |
| | 住所 代理人の 氏名 | | ㉓ |
| 金庫銀行・郵便局 支店 (普通 当座 No.) | | | |

| | |
|-------------|-----------------------------------|
| 領収書 | ㉔ 金 円也 但し ㉕ うえ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 | |
| 住所 受領者 氏名 ㉖ | |

記入方法については裏面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)というようにくわしく記載して下さい。
- 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下さい。
- カ. ⑰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、⑰欄のみにその旨を記入して下さい。
- キ. ⑱欄は、受けている年金を○で囲んで下さい。
- ク. ⑲⑳㉑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下さい。
- ケ. ⑲㉒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. ⑲㉓の欄は現在の年金受給状況を○で囲んで下さい。
- サ. ⑲㉔㉕㉖欄は支給を証する書類等を見て記入して下さい。
- シ. ⑲㉗欄は年金の合計額を記入して下さい。
- ※⑲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. ⑲㉘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. ⑲㉙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. ⑲㉚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㉓の欄は、「現在までも、また将来も支給しない」と記載して下さい。
- エ. ⑲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⑳までの訂正箇所には⑳の印、㉑から㉒までの訂正箇所には㉒の印、㉓から㉔までの訂正箇所には㉔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. ⑲㉓、⑲㉔、㉕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日までは、7日間となります。