

受 付 年 月 日		年 月 日		決 裁		台帳照合印		
伺 年 月 日		年 月 日						
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	
		傷病手当附加金	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		全部・一部		年 月 日から 年 月 日まで 日間 円	
	前回	始	年 月 日		不 支 給		理 由	
	終	年 月 日		備 考				

傷病手当金・傷病手当附加金請求書 (第 回目)

被 保 険 者 が 記 入 す る 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		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
	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
	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	円 円
	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		⑬年金の種別	障害年金・障害手当金
			⑭年金を受けることとなった年月日	年 月 日
⑬振込希望の銀行又は郵便局名		銀行	支店 (普通当座)	
⑭		年 月 日		
上記のとおり請求します。				
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	⑮労務に服さなかった期間		年 月 日から 年 月 日まで 日間	
	上記の期間中の分として支払う報酬関係	⑯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 日としての分として金 円 (日額 金 円)	
		⑰一部支給した場合、又は支給する場合	年 月 日から 年 月 日まで 日としての分として金 円 (日額 金 円)	
		⑱現在までも又、将来も支給しない場合は、その旨		
⑲ 上記のとおり相違ないことを証明します。				
事業主 住所 氏 名 電話 局 () 番				

療 養 を 担 当 し た 医 師 が 意 見 を か く と こ ろ	⑲ 傷 病 名		⑳ 発病又は負傷の原因	
	㉑発病又は負傷の年月日		年 月 日	㉒療養の給付を開始した年月日
	㉓労務不能と認めた期間		年 月 日から 年 月 日まで 日間	㉔診療実日数
	㉕傷病の主症状および経過概要			
	㉖ 上記のとおり相違ありません。			
医 師 住所 氏 名 電話 局 () 番				

委 任 状	㉗ 私 は 年 月 日請求した傷病手当金・傷病手当附加金のうち金 円也の受領にすること。			
	年 月 日 住所 被保険者の氏名			
㉘振込希望の銀行又は郵便局名		銀行	支店 (普通当座)	郵便局

領 収 書	㉙ 金 円也但し 年 月 日			
	健康保険組合理事長 殿 住所 受領者の氏名			

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. 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)というようにくわしく記載して下さい。
- 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下さい。
- 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、⑭欄のみにその旨を記入して下さい。
- カ. ⑫⑦欄は、受けている年金を○で囲んで下さい。
- キ. ⑫①⑦⑤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。
- ク. ⑫③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。
- 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下さい。
- 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」を作って、この請求書に添付して下さい。
- サ. 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。
- シ. ㉔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。
- ス. ※印の欄には記入しないで下さい。

●事業主の注意事項

- ア. ⑮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. ⑮欄の⑦と①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. ⑮欄の⑦の欄は、「現在までにも、また将来も支給しない」と記載して下さい。
- 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. ㉑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. ㉑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⑭までの訂正箇所には⑭の印、⑮から⑰までの訂正箇所には⑰の印、⑱から㉔までの訂正箇所には㉔の印、㉕から㉗までの訂正箇所には⑭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. ⑩、⑮、㉑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。