

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 内 訳	傷 病	1ヵ月に1回、提出して下さい。				級)
支 給 開 始	年 月 日					円)
支 給 期 間	自 年 月 日 日 間	全 部 ・ 一 部	期 間	年 月 日 から	日 間	円
前 回	始 年 月 日	不 支 給	理 由	年 月 日 まで	円	
	終 年 月 日	備 考				

傷病手当金・傷病手当付加金請求書 (第 回)

① 被保険者証の記号・番号	10-1000	② 被保険者の業務の種別	事務職
③ 事業所の名称及び所在地	名称 ○○株式会社	所在地	東京都○○区○○ ×-×-×
④ 資格を取得した年月日	平成 ○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	該当があれば、記入して下さい。		
⑦ 介護保険のサービスを受けたとき	該当があれば、記入して下さい。		
⑧ 発病又は負傷の年月日	令和 ○年 ○月 ○日	⑨ 傷病名	腰部椎間板ヘルニア
⑩ 発病又は負傷の原因	今年の初め頃から時々痛みを感じ、重い物を持ち上げた際、激痛が走り動けなくなった。		⑪ 第三者行為によるものですか <input checked="" type="radio"/> いいえ ・ はい
⑫ 労務に服することが出来なかった期間	令和 元 年 ○ 月 1 日から	令和 元 年 ○ 月 30 日まで	30 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
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	(イ) 年金の種別	障害年金・障害手当金	(ロ) 年金の支給事由となった傷病名
	(イ) 年金を受ける	(ロ) 障害年金を受けて	
⑮ 任意継続被保険者の方	(イ) 年金の種別		年金の合計額
	(イ) 年金を受ける		
⑯ 振込希望の銀行	在籍者・任意継続の方は、振込希望の銀行は記入不要です。		
⑰	令和 元 年 ○ 月 ○ 日		
上記のとおり請求します。			
被保険者の住所氏名	相模原市○○○ ×-×-×	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	⑱ 労務に服さなかった期間	令和元 年 ○ 月 1 日から 令和元 年 ○ 月 30 日まで	30 日間
	⑲ 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 の分として 金 円 (月 日支払) (日額 金) 円
	(イ) 一部支給した場合、又は支給する場合	令和元 年 ○ 月 1 日から 令和元 年 ○ 月 30 日まで	通勤交通費 金 15,000 円 (○ 月 25 日支払) (日額 金 500 円)
	(ウ) 現在までも又、将来も支給しない場合は、その旨	現在までも また将来も支給しない	
⑳ 上記とおりに相違ないことを証明します。		令和元 年 ○ 月 ○ 日	
事業主 住所 氏名	東京都○○区○○ ×-×-×		○○株式会社 (印)
電話	00 局 (000) 0000 番		

療養を担当した医師が意見を書くところ	㉑ 傷病名	腰部椎間板ヘルニア	㉒ 発病または負傷の原因	不詳	
	㉓ 発病または負傷の年月日	令和元年 ○ 月 ○ 日	㉔ 療養の給付を開始した年月日	令和元年 ○ 月 △ 日	
	㉕ 労務不能と認められた期間	令和元 年 ○ 月 1 日から 令和元 年 ○ 月 30 日まで	30 日間	㉖ 診療実日数	20 日間
	㉗ 傷病の主症状および経過概要	平成 30 年△月△日より通院加療、症状思わしくなく令和元年○月 1 日入院。 令和元年○月 3 日手術。以後、経過順調にて現在に至る。	㉘ 上記の期間中に入院をした期間がある場合はその期間	令和元年 ○ 月 1 日から 令和元年 ○ 月 20 日まで	20 日間
			入院の費用の別	<input checked="" type="radio"/> 健保費 <input type="radio"/> 自費 <input type="radio"/> その他	
㉙ 上記とおりに相違ありません。		令和元 年 △ 月 △ 日			
住所 (所在地)	東京都○△区○○ ×-×				
医師 医療機関名 氏名	○○大学病院 医師 吉田 ○○		(印)		
電話	△△ 局 (△△△) △△△△ 番				

委任状	⑳ 私は ○○ 株式会社 を代理人と定め、次の権限を委任する。 令和元 年 ○ 月 ○ 日請求した傷病手当金・傷病手当付加金のうち 金 円也の受領に関すること。 年 ○ 月 △ 日
	被保険者の住所 相模原市○○○ ×-×-× 氏名 健保太郎 (印)
	代理人の住所 東京都○○区○○ ×-×-× 氏名 ○○ 株式会社 (印)
㉑ 振込希望の金融機関名	在籍者・任意継続の方は、振込希望の銀行は記入不要です。

領収書	㉒ 金 円也但し	年 月 日
	領収書は記入不要です。	

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)というようにくわ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時)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見て記入して下さい。
- 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. ㉓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. ㉔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、㉓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日までは、7日間となります。