

受付年月日	年 月 日	決 裁				
伺 年 月 日	年 月 日	常務理事	事務長	担当者	台帳照合印	
決 裁 年 月 日	年 月 日	資格取得	年 月 日			
※支給支払決議書	支給額	円	資格喪失	年 月 日		
	支給内訳	傷病手当金	円	標準報酬月額	千円(第 級)	
				障害厚生年金額・障害手当金額	円(日額 円)	
				老齢(退職)年金額	円(日額 円)	
	支給開始	年 月 日	全部・一部 不支給	期間	年 月 日から 日間	
	支給期間	自 年 月 日 日間 至 年 月 日		理由	年 月 日まで 円	
前回	始 年 月 日 終 年 月 日	備考				

傷病手当金請求書

(第 〇 回目)

① 被保険者証の記号・番号	〇〇 - 〇〇〇〇	② 被保険者の業務の具体的な内容	事務(経理担当)
③ 事業所の名称および所在地	名称 〇〇〇〇株式会社	所在地	〇〇県〇〇市〇〇町〇-〇〇-〇
④ 資格を取得した年月日	平成〇〇年〇〇月〇〇日	⑤ 標準報酬月額	〇〇〇,000円
⑥ 発病または負傷の年月日	平成〇〇年〇〇月〇〇日	⑦ 傷病名	右足骨折
⑧ 発病または負傷の原因	野球の守備をしていたとき、打球を追って走っていたところ転倒し、右足を骨折した。		⑨ 第三者行為によるものですか <input checked="" type="radio"/> いいえ ・ はい
被 ⑩ 労務に服することができなかった期間	平成〇〇年 〇〇月 〇〇日から 平成〇〇年 〇〇月 〇〇日まで	〇〇 日間	
保 ⑪ 上記期間の報酬の全部もしくは一部を受けたとき、また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 受けることができる報酬額	日間 円 円
が ⑫ 障害厚生年金、障害手当金を受けているとき、または受けることができるとき	(イ) 障害厚生年金、障害手当金を受けていますか、または受けることができますか		はい・請求中・ <input checked="" type="radio"/> いいえ
	(イ)で「はい」または「請求中」と答えた場合は、以下もご記入ください。		
	(イ) 年金の種別	障害厚生年金 障害手当金	(ロ) 年金額
入 ⑬ 任意継続被保険者の方 (必ずご記入ください)	(イ) 年金を受けることとなった年月日	(ロ) 障害厚生年金を受けている場合は基礎年金番号・年金コード	
	(イ) 老齢また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・ <input checked="" type="radio"/> いいえ	
	(イ)で「はい」または「請求中」と答えた場合は、以下もご記入ください。		
	(イ) 老齢(退職)年金の名称	(ロ) 基礎年金番号および年金コードまたは記号番号もしくは番号	(ハ) 受給年月日
		年 月 日	円
		年 月 日	円
		(ハ) 年金の合計額	円
⑭ 今回の請求は労災保険から休業補償を受けている期間のものですか	はい・労災申請中・ <input checked="" type="radio"/> いいえ		
⑮ 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
⑯ 振込希望口座 (被保険者名義の口座)	〇〇 金庫 <input checked="" type="radio"/> 銀行 〇〇 支店 組合	普通当座 (〇印)	口座番号 〇〇〇〇〇〇〇〇
			口座名義 (カタカナ) 〇〇〇〇 〇〇〇〇
⑰ 上記のとおり請求します。		平成〇〇年 〇〇月 〇〇日	
被保険者の住所	〇〇県〇〇市〇〇町〇-〇〇-〇		
氏名	〇〇 〇〇 <input checked="" type="radio"/> 印 電話 〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇		
志村化工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	
	⑯ 上記の期間中として支払う報酬関係	(ア) 全額支給した場合、または支給する場合	年 月 日から 年 月 日まで	の分として 金 円 日額 (月 日支払) 金 円
		(イ) 一部支給した場合、または支給する場合	年 月 日から 年 月 日まで	の分として 金 円 日額 (月 日支払) 金 円
		(ウ) 現在までに、また、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	
	事業所 住所 事業主 氏名		⑱	
		電話 ()		

療養を担当した医師が意見を書くところ	⑲ 傷病名		⑳ 発病または負傷の原因		
	㉑ 発病または負傷の年月日	年 月 日	㉒ 療養の給付を開始した年月日	年 月 日	
	㉓ 労務不能と認められた期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間	㉔ 診療実日数	日間
	㉕ 上記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 保 公 費 自 費 そ の 他
	㉖ 外来診療日 (労務不能期間中の外来診療日を○で囲んでください。)	月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31		
		月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31		
		月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31		
	㉗ 傷病の主症状および経過 (治療内容、検査結果、療養指導、前月(前回期間)の症状との比較等を詳しく記載してください。)	医師記入欄			
	㉘ 労務不能と認められた理由 (従来の職種について労務不能と認められた医学的な所見を記載してください。)				
	㉙ 今後、労務不能と認められる期間および意見	ア. 労務可能となる治癒見込み 年 月 日から労務可能 / () 週間後頃から労務可能理由: イ. 今のところ不明理由:			
人工透析を実施または人工臓器等を装着したとき	人工透析を実施または人工臓器等を装着した日	年 月 日	人工臓器等の種類 (ア)人工肛門 (イ)人工膀胱 (ウ)人工関節 (エ)人工骨頭 (オ)心臓ペースメーカー (カ)人工透析 (キ)その他 ()		
㉚	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		⑲		
		電話 ()			

記入方法については、次ページの注意事項をご覧ください。

・ 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. ⑧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。
- ウ. ⑨欄で「はい」の場合は、「第三者の行為による傷病届」をこの請求書に添付してください。
- 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、障害厚生年金、障害手当金を受けている場合に記入するとともに障害厚生年金該当者は障害年金証書の写、支給開始ならびに直近の額を証する書類を、また、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欄で障害厚生年金、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(イ)欄は、受けている年金を○で囲んでください。
- キ. ⑫(ウ)(エ)(オ)欄は、障害厚生年金を受けている場合または、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。
- ク. ⑫(カ)欄は障害厚生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(ア)欄は現在の年金受給状況を○で囲んでください。
- コ. ⑬(イ)(ウ)(エ)(オ)欄は支給を証する書類等を見て記入してください。
- サ. ⑬(カ)欄は年金の合計額を記入してください。
- シ. ⑮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。
- 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口座を記入してください。
- セ. ※印の欄には記入しないでください。

・ 事業主の注意事項

- ア. ⑱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. ⑱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. ⑱欄の(ウ)の欄は、「現在までも、また将来も支給しない」を記載してください。
- 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、初診日を記載するだけでなく、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ください。
- イ. ㉔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(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. ⑩、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。