

記入例

受付年月日	平成 年 月 日	常務理事	事務長	担当	担当	台帳照合印
伺年月日	平成 年 月 日					
決裁年月日	平成 年 月 日					

**A3サイズで印刷してください**

払決議書	支給期間	自平成 年 月 日 日間	年齢(退職)年金額	円(日額 円)
	前回	始	平成 年 月 日	全部・一部
		終	平成 年 月 日	不支給理由
			備考	

傷病手当金請求書 (第 回目)

①被保険者証の記号・番号	〇〇・234567	②被保険者の業務の種類	一般事務
③事業所の名称及び所在地	名称 ××××株式会社	所在地	×××××1-2-3
④資格を取得した年月日	平成10年4月1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	平成24年4月27日	⑨傷病名	椎間板ヘルニア
⑩発病又は負傷の原因	不明	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	平成24年5月1日から平成24年5月23日まで		23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	平成24年5月1日から平成24年5月10日まで	受けた報酬額	100,000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	⑦年金の種類 障害年金・障害手当金	⑧年金額	⑨年金の支給事由となった傷病名
⑮資格喪失者・任意継続被保険者の方	⑦年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	
	⑧年齢(退職)年金の名称	⑨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	⑩受給年月日
			平成 年 月 日
			平成 年 月 日
⑯振込希望の金融機関名	フリガナ 銀行 信用金庫 農協	支店	当座
⑰上記のとおり申請します。	被保険者の住所 〒123-4567		
	平成24年12月1日	大阪市〇〇区△△町×-×-×	
	フリガナ	ダイワ知	
	氏名	大和 太郎	
ダイワボウ健康保険組合理事長 殿	電話番号	01-2345-6789	

手書きの場合は、楷書で丁寧に記入してください。字が読みづらいと、正しい文字の確認に時間がかかり、支払が遅れる場合があります。

事業主が証明するところ	⑱ 労務に服さなかった期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	事業主が記入するところです。	日間
	⑲ 上記の期間中の分として支払う報酬関係	① 全額支給した場合、又は支給する場合	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	の分として 金 ( 月 日支払) ( 日金 額円)
		② 一部支給した場合、又は支給する場合	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	の分として 金 ( 月 日支払) ( 日金 額円)
	③ 現在までも又、将来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。			平成 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	治療を受けた医師に記入してもらってください。	
	㉓ 発病又は負傷の年月日	平成 年 月 日	㉔ 療養の給付を開始した年月日	平成 年 月 日	
	㉕ 労務不能と認められた期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	㉖ 診療実日数	日間	
	㉗ 傷病の主症状および経過概要	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	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	入院の費用の別	健保・公費 自費・その他
		㉙ 上記のとおり相違ありません。 住所(所在地) 医師 医療機関名 氏名 電話 局 ( ) 番			

委任状	⑳ 私	私は ××××株式会社 代表取締役社長	を代理人と定め、次の権限を委任する。
	平成 24 年 12 月 1 日	請求した傷病手当金のうち 金 円也の受領に関すること。	平成 24 年 12 月 1 日
	被保険者の住所	大阪市〇〇区△△町×-×-×	⑰
	(請求者) 氏名	大和 太郎	⑱
	代理人の住所	事業主記入欄	⑲
	氏名		
㉑ 振込希望の金融機関名	銀行 信用金庫 農協	支店 ( 普通 第 号)	

領収書	㉒ 金 円也但し	
	うえの金額を領収いたしました。	平成 年 月 日
	ダイワボウ健康保険組合理事長 殿	
	受領者 住所 氏名	⑰

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. 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、④欄のみにその旨を記入して下さい。
- キ. ⑭㊦欄は、受けている年金を○で囲んで下さい。
- ク. ⑭㊧㊨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。
- ケ. ⑭㊩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㊦の欄は現在の年金受給状況を○で囲んで下さい。
- サ. ⑮㊧㊨㊩欄は支給を証する書類等を見て記入して下さい。
- シ. ⑮㊪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. ㉑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. ㉒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㊦と㊧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㊨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. 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. 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、赤沈度、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、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。