

受付年月日	年 月 日	決 裁				
同年月日	年 月 日	常務理事	事務長			担当者
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				
	支給内訳	傷病手当金	円			
		資格喪失	年 月 日			
		標準報酬月額	千円 (第 級)			
	障害年金額・日額障害手当金額	円 (日額 円)				
	老齢(退職)年金額	円 (日額 円)				
支給開始	年 月 日					
支給期間	自	年 月 日	至	年 月 日	日間	
前回	始	年 月 日				
	終	年 月 日				
		全部・一部不支給	期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間 円		
			理由			
		備考				

傷病手当金請求書

(第 回目)

被 保 險 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の記号・番号	00-0000		② 被保険者の業務の種類別	事務		
	③ 事業所の名称及び所在地	名称	0000 (会社名)		所在地	00県00市00町0-0	
	④ 資格を取得した年月日	00年 00月 00日		⑤ 標準報酬月額	000,000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	00年 00月 00日		⑨ 傷病名	骨折		
	⑩ 発病又は負傷の原因	休日、マラソン大会に参加した際、転倒し、右手を骨折した。				⑪ 第三者行為によるものですか <u>いいえ</u> ・はい	
	⑫ 労務に服することが出来なかった期間	00年 00月 00日から 00年 00月 00日まで		00 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 受けることができる報酬額		円 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	(イ) 年金の種類別	障害年金・障害手当金		(イ) 年金額	(イ) 年金の支給事由となった傷病名	
		(ロ) 年金を受けることとなった年月日	年 月 日		(ロ) 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 振込希望の銀行	金庫 銀行 組合		支店 (普通 当座 No.)			
	⑯	上記のとおり請求します。 00年 00月 00日					
		被保険者の住所氏名	00県00市00町 00-00-00 健保 太郎				
		富士石油健康保険組合理事長 殿					

事業主が証明するところ	⑰ 労務に服さなかった	年 月 日から	年間	
	期間	年 月 日まで	日間	
	⑱ 上記の期間中の分として支払う報酬関係	(7) 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 (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	年 月 日から 年 月 日まで	の分として 金 (月 日支払) (日額金 円)	
	(ウ) 現在までも又、将来も支給しない場合は、その旨			
	⑲ 上記とおりに相違ないことを証明します。			
	事業主 住所 氏名	年 月 日	印	
	電話 局 () 番			

療養を担当した医師が意見を書くところ	⑳ 傷病名		㉑ 発病または負傷の原因		
	㉒ 発病または負傷の年月日	年 月 日	㉓ 療養の給付を開始した年月日	年 月 日	
	㉔ 労務不能と認められた期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間	㉕ 診療実日数	日間
	㉖ 傷病の主症状および経過概要		㉗ 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	健自 保費 公費 其他	
	㉘ 上記とおりに相違ありません。			年 月 日	
	住所 (所在地)				
	医師 医療機関名 氏名				
	電話 局 () 番				

委任状	⑲ 私は 年 月 日 金 円を代理人と定め、次の権限を委任する。 日請求した傷病手当金のうち 円也の受領に関すること。 〇〇年 〇〇月 〇〇日	住所 〇〇県〇〇市〇〇町 〇〇-〇〇-〇〇
	被保険者の (請求者) 氏名 健保 太郎	住所 氏名
⑳	振込希望の金融機関名	金庫 銀行 組合 支店 (普通 当座 No.)

領収書	㉑ 金 円也但し うえの金額を領収いたしました。	年 月 日
	富士石油健康保険組合理事長 殿	
	受領者 住所 氏名	

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)というようによ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)ときは、(ワ)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みて記入して下さい。
- 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。
- サ. 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。
- シ. ⑯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。
- ス. ⑰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。
- セ. ※印の欄には記入しないで下さい。

・ 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. ㉒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. ㉒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、⑰から⑲までの訂正箇所には⑲の印、⑳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⑩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、⑰、㉒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。