

受付年月日	年 月 日	理事	理事	事務	担当	入力
伺年月日	年 月 日	決	済			
決裁年月日	年 月 日					
支払年月日	年 月 日					
支給額	円	資格取得	年 月 日	期間	年 月	
支給内訳	傷病手当金 円	資格喪失	年 月 日			
支給開始	年 月 日	標準報酬月額(平均)	円 (日額 円)			
支給期間	年 月 日	障害年金額・日額障害手当金額	円 (日額 円)			
前回	開始 年 月 日	全部・一部不支給	待機	年 月 日から	日間	
今回	自至 年 月 日	給与支給等		年 月 日まで	日間	
法定支給満了日	年 月 日	(理由)	太枠欄に必要事項を記入ください			
※支給開始日から1年6ヵ月						

傷病手当金請求書 (第 1 回目)

(1)被保険者の記号・番号	記号 〇〇〇〇	番号 〇〇〇〇	(2)被保険者の業務の種類	店内での販売など		
(3)事業所の名称所在地	名称 カメラのキタムラ横浜/新横浜店	所在地	神奈川県横浜市港北区新横浜2-4-1			
(4)資格を取得した年月日	平成 30 年 4 月 1 日	(5)標準報酬月額	千円			
(6)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			
(7)発病又は負傷の年月日	年 月 日	(8)傷病名	必ずご記入ください			
(9)発病又は負傷の原因	(7)発病又は負傷の年月日 (9)発病又は負傷の原因 は、分かる範囲でご記入ください			(10)第三者行為によるものですか いいえ ・ はい		
(11)労務に服することができなかった期間	令和 〇〇 年 7 月 1 日	から	31 日間			
(12)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	日間	受けた報酬額	円	
(13)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	(ア)年金の種類	障害年金・障害手当金	(イ)年金額	円		
	(ウ)年金の支給事由となった傷病名					
	(エ)年金を受けることとなった年月日	年 月 日				
	(オ)障害年金を受けている場合は基礎年金番号・年金コード					
(14)任意継続被保険者・資格喪失者	(ア)老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		
	(イ)老齢(退職)年金の名称	(ウ)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	(エ)受給年月日	(オ)年金額		
			自 年 月 日	円		
(15)振込先銀行	横浜 金庫銀行組合	新横浜 支店	普通 当座	NO.	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇	
(16)	上記のとおり請求します。					
	〒 222 - 0033		令和 〇〇 年 8 月 10 日			
	住所 神奈川県横浜市港北区新横浜〇-〇-〇 新横浜マンション 705号室					
	被保険者の氏名 北村 太郎 (印)					
	健康保険組合 理事長 殿		電話(日中の連絡先) - -			

被保険者の記号・番号	—	被保険者の氏名	
------------	---	---------	--

事業主が証明するところ	(17) 労務に服さなかった期間	年 月 日から	日間	
	(18) 上記の期間中の分として支払う報酬関係	(7) 全額支給の場合	年 月 日から	の分として 金 円 (月 日支払) 日額 金 円
		(イ) 一部支給の場合	年 月 日から	の分として 金 円 (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	年 月 日から	
(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	担当の医師に記入頂いてください	年 月 日	電話 — —

療養を担当した医師が意見を書くところ	(20) 傷病名	(21) 発病又は負傷の原因	
	(22) 発病又は負傷の年月日	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	(25) 診療実日数 日間
	(26) 傷病の主症状及び経過概要		
	(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	入院費用の別 健保・公費 自費・その他
	(28) 上記のとおり相違ありません。	住所(所在地) 医師 氏名	医療機関名 氏名

委任状	(29) 私は	を代理人と定め、次の権限を委任する。
	金	年 月 日 請求した傷病手当金・傷病手当付加金のうち 円也の受領に関すること。
	年 月 日	被保険者(請求者)の住所 氏名 代理人の住所 氏名

(30) 振込先銀行	金庫銀行組合	支店	普通当座	NO.						
------------	--------	----	------	-----	--	--	--	--	--	--

領収書	(31) 金	円也 但し	年 月 日
	うえの金額を領収いたしました。		
	健康保険組合理事長 殿		
	受領者	住所 氏名	印

注) 記入方法については、別紙の記入見本と注意事項をご覧ください。

● 被保険者の注意事項

- ア. (1)及び(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)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。
- ウ. (9)欄は、(〇〇年〇月〇日午前〇〇時)、どこで(自宅で)どうしているうち(清掃中に)どういうふうになって(二階の階段から足を踏み外して)どこを(右下腿部を打撲した)というようにくわしく記載して下さい。
- エ. (13)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し、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. (13)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)、(オ)欄のみにその旨を記入して下さい。
- カ. (13)(ア)欄は、受けている年金を○で囲んで下さい。
- キ. (13)(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。
- ク. (13)(オ)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. (14)(ア)の欄は現在の年金受給状況を○で囲んで下さい。
- コ. (14)(イ)(ウ)(エ)(オ)欄は支給を証する書類等を見て記入して下さい。
- サ. * (14)欄の補足
老齢又は退職を支給事由とする年金該当者につきましては、平成13年3月28日付厚生労働省保険局保険企画法令第1係より健康保険組合事務担当者宛事務連絡がなされ傷病手当金請求者に対しては請求書に老齢給付の年金証書又はこれに準ずる書類の写し、その額その支給開始年月を証する書類と直近の額を証明する書類等を添付させることとなっておりますので、被保険者に対しては本連絡を参照のうえご指導をお願いします。
- シ. (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。
- ス. 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。
- セ. (30)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。
- ソ. (31)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。
- タ. ※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」と記載して下さい。
- 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. (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. (26)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印した印と同じ印((1)から(16)までの訂正箇所には(16)の印、(17)から(19)までの訂正箇所には(19)の印、(20)から(28)までの訂正箇所には(28)の印、(29)から(30)までの訂正箇所には(16)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、印漏れのないようにして下さい。
- ウ. (11)、(17)、(24)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。