





受付年月日	年 月 日	決 裁			
伺 年 月 日	年 月 日				台帳照合印
決 裁 年 月 日	年 月 日				
※支給 支給 支払 決議書	支給額	円	資格取得	年 月 日	
	支給内訳	傷病手当金	円	資格喪失	年 月 日
		傷病手当附加金	円	標準報酬月額	千円(第 級)
	支給開始	年 月 日		障害年金・日額障害手当金額	円(日額 円)
	支給期間	自	年 月 日	老齢(退職)年金額	円(日額 円)
		至	年 月 日	日間	全部・一部 不支給
前回	始	年 月 日	備考		
	終	年 月 日			


傷病手当金・傷病手当附加金請求書 (第 回目)

被 保 険 者 が 記 入 す る こ ろ	①被保険者証の 記号・番号	1234-56	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 飯野海運(株)	所在地	東京都千代田区内幸町2-1-1		
	④資格を取得 した年月日	令和2年 4月 1日	⑤標準報酬月額	380000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	令和2年 4月 15日	⑨傷病名	鎖骨骨折		
	⑩発病又は 負傷の原因	子どもとスケートをしている時、 誤って転倒し負傷			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	令和2年 4月 15日から 令和2年 4月 30日まで			16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 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	①年金の種類別 障害年金・障害手当金	②年金額	③年金の支給 事由となっ た傷病名		
	④年金を受けた 年月日	年 月 日	⑤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任意 資格 喪失 被保 険者 の方	①老 齢 (退 職) 年 金 の 名 称			②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	③受 給 年 月 日	④年 金 額
				年 月 日	円	
				年 月 日	円	
				年 月 日	円	
				⑦年金の合計額	円	
⑯振込希望の 金融機関名	金庫 銀行 組合 郵便局		××	支店(普通 当座 No.)	
⑰	上記のとおり請求します。		令和2年 5月 7日			
被保険者の 住所	東京都練馬区		- x x -			
氏名	健保 太郎		健保			
	飯野		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2年4月15日から 令和2年4月30日まで	16 日間
	⑲ 上記の期間中として支払う報酬関係	⑰ 全額支給した場合、又は支給する場合 ⑱ 一部支給した場合、又は支給する場合 ⑳ 現在までも将来も支給しない場合は、その旨	年 月 日から 年 月 日まで の分として 金 円 (日額 金 円) の分として 金 円 (日額 金 円) 現在までも将来も支給しない
	⑳	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和2年5月8日	
	事業主住所	東京都千代田区内幸町2-1-1 飯野海運(株)代表取締役 飯野 健  電話 03 局 (3506) 8168 番	

療養を担当した医師が意見を書くところ	⑳ 傷病名	鎖骨骨折	㉑ 発病又は負傷の原因	スケートにて転倒し負傷	
	㉒ 発病又は負傷の年月日	令和2年4月15日	㉓ 療養の給付を開始した年月日	令和2年4月15日	
	㉔ 労務不能と認めた期間	令和2年4月15日から 令和2年4月30日まで	16 日間	㉕ 診療実日数	5 日間
	㉖ 傷病の主症状および経過概要	上記疾病にてギプス固定し、安静加療を要す。ギプス固定中は、労務不能と認める。	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	上記のとおり相違ありません。 令和2年5月2日		住所(所在地) 東京都豊島区東池袋3-27-8 医師 医療機関名 中村整形外科医院 氏 名 中村良三 電話 03 局 (3506) 8168 番 		

委任状	⑳ 私 は 令和2年5月7日 請求した傷病手当金・傷病手当附加金のうち 金 円也の受領に関すること。 令和2年5月7日	を代理人と定め、次の権限を委任する。
	住所 東京都練馬区 - x x - 被保険者の(請求者) 氏名 健保 太郎  住所 東京都千代田区内幸町2-1-1 代理人の 氏名 飯野海運(株)代表取締役 飯野 健 	
⑳ 振込希望の金融機関名	金庫 銀行 郵便局 x x 支店 普通 組合 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
	健康保険組合理事長 殿 住所 受領者 氏名 	

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ときは)、⑭欄のみにその旨を記入して下さい。
- キ. ⑭⑦欄は、受けている年金を○で囲んで下さい。
- ク. ⑭①⑦⑤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. ⑭④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見て記入して下さい。
- コ. ⑮⑦の欄は現在の年金受給状況を○で囲んで下さい。
- サ. ⑮①⑦⑤④欄は支給を証する書類等を見て記入して下さい。
- シ. ⑮④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、一日当りの賃金の全部または一部の意味であること。
- イ. ⑲欄の⑦と①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、「現在までにも、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、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、7日間となります。