

健 保 記 入 欄	伺年月日 年 月 日			決裁年月日 年 月 日						常務理事			事務長			担当者				
	支 払 年 月 日			年 月 日																
	※ 支 給 支 払 決 議 書	支 給 額			円															
		支 給 開 始			年 月 日						資 格 取 得			年 月 日						
		支 給 期 間			自 年 月 日 日 間 至 年 月 日 日						資 格 喪 失			年 月 日						
											標 準 報 酬 月 額			千円(第 級)						
	前回	始			年 月 日						障害年金額・日額障害手当金額			円(日額 円)						
		終			年 月 日						老 齢 (退 職) 年 金 額			円(日額 円)						
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)

被 保 険 者 記 入 欄	①健 康 保 険 被 保 険 者 証				②事業所の名称				株式会社〇〇〇〇〇〇〇																			
	記 号				番 号				③事業所の所在地				大阪市北区〇〇〇丁目〇〇-〇〇															
			〇	〇			〇	〇	〇	〇	④所属部署				〇〇部 〇〇〇〇													
	⑤被 保 険 者 の 氏 名								⑥被保険者住所				〒123-4567 大阪市北区〇〇〇〇丁目〇-〇〇-〇〇号室															
	(氏) (名)												連 絡 先				090 - 1234 - 5678											
	健保 太郎 ⑩												職 場 (内 線)				〇〇〇〇				(外 線)				〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇			
	⑦労務不能期間				R2 年 10 月 1 日 から R2 年 10 月 31 日まで								31 日間				⑧第三者行為による ものですか				はい ・ いいえ							
	⑨傷 病 名				〇〇〇〇病																							
	⑩発病・負傷の原 因				原因が判明しているときは、その原因 不明のときは不明と記入																							
	⑪ 障害年金、障害 手当金を受けて いる、又は受け ることができる				・ はい (右欄記入要)				年金の種類				障害年金 ・ 障害手当金				年金額				円							
					いいえ				支給事由となった傷病名																			
									支 給 開 始 年 月 日				年 月 日															
	⑫今回の申請は、労災保険請求対象ではないですか								はい ・ いいえ ・ 申請中 ・ 申請したが不支給																			
	【資格喪失者 及び 任意継続被保険者 の方】								はい ・ 請求中 ・ いいえ																			
⑬ 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																												
				年金の名称				受給開始年月日				年 月 日				年金額				円								
受 取 代 理 人 の 欄	⑭本申請に基づく給付金に関する受領を事業所代理人に委任します。 R2年 11月 12日																											
	被保険者(申請者)氏名 健保 太郎 事業所代理人の氏名																											
⑮金 融 機 関	金融機関名称				銀行・金庫 本店 支店 当座																							
	口 座 番 号				任意継続及び喪失者の方はこちらに記入 ※請求期間に在職時を含む場合は、受取代理人の欄へ記入してください。																							

※年金等を受給している場合は、初回申請時に年金証書(写)を添付してください。
受給額の変更があった時には再度添付してください。(在職老齢年金は調整対象外)

被保険者のマイナンバー記載欄(被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)

マイナンバーを記入した場合は、必ず本人確認書類を添付してください。

事 業 主 が 証 明 す る と こ ろ	⑯ 労務に服さなかった 期 間		年 月 日から 年 月 日まで 日間											
	⑰ 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 年 月 日 ~ 年 月 日 の分として 金 円 支給金額の内訳 日額 円													
	② 一部支給した場合、又は支給する場合 年 月 日 ~ 年 月 日 の分として 金 円 支給金額の内訳 日額 円													
	③ 全額及び一部を支給しない場合は、その旨													
⑱ 上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 所在地 事業主 氏 名 ⑲ 電話 ()														

療 養 を 担 当 し た 医 師 の 意 見 欄 (枠 内 は 全 て 記 入 し て く だ さ い 。)	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 た 期 間		年 月 日から 年 月 日まで 日間						㉔左の期間中の 実診療日数		日			
	㉕労務不能と認めた理由(自覚的症状、他覚的所見など)、治療経過について詳しくご記入ください													
	㉖医学的に見て、 今後就労の可否		可 能 ・ 不 能				可能な時期		年 月 頃					
	㉗ 上記のとおり相違ありません。 年 月 日 医 療 機 関 所 在 地 名 称 医師氏名 ⑳ 電話 ()													
記入方法については裏面の記載事項をご覧ください。														

・被保険者の注意事項

- ① 欄の被保険者証の記号・番号は、保険証に記載されています。
- ⑤ 欄の㊤は 本人が記入できない場合は押印が必要
- ⑦ 欄は、労務不能期間を記入 ※医師の意見欄と同様にしてください
- ⑧ 欄は、第三者によるものか回答 ※はいの場合、別に「第三者行為による傷病届」が必要になります。
- ⑨ 欄は、傷病名を記入 ※医師の意見欄と同様にしてください
- ⑩ 欄は、いつ(〇〇年〇〇月〇〇日午前〇時)、どこで(自宅の庭で)、なにを(薪を)、どうしているうちに(割っているうちに)、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(負傷した)というように詳しく記載して下さい。
- ⑪ 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か回答
はいの場合は、年金の種類、年金額、支給事由となった傷病名、支給開始年月日を記入の上、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。
- ⑬ 欄は、資格喪失者及び任意継続被保険者の方のみ記入 年金について記入して下さい。
- ⑭ 欄は、在職者の場合こちらに記入してください。(在職者の方の給付金は、事業所への委任払いになります)
- ⑮ 欄は、任意継続被保険者・喪失者の場合、こちらに希望する振込機関名を記入してください。
但し、喪失後あっても請求期間に在職時を含む場合は⑭受取代理人の欄への記入が必要です。

・事業主の注意事項

- ⑰ 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。
- ⑰ 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。
- ⑰ 欄の㊦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。
- ⑱ 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

- 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こと。
- ㉓ 欄は、なるべく詳しく記載して下さい。

・その他共通する注意事項

- 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⑮までの訂正箇所には⑤又は⑭の印、⑯から⑱までの訂正箇所には⑱の印、㉑から㉒までの訂正箇所には㉒の印)を訂正印として押して下さい。
- 印はハッキリと押し、印もれのないようにして下さい。