

この欄は記入しないこと

支給決定	常務理事	事務長	会計係	担当者	計算年月	記号	番号	本人(1)
決定					年月			支給決定額
同					科目	日数	回数	円
					傷病手当金			
	資格照合	標準報酬	3-1-04					
	年月日取得	千円	支給	年月日	(支給決定年月日)			
	年月日喪失		期間	年月日	日間			
	前回の支給期間	年月日	備考					
	108条該当	円控除						

健康保険 傷病手当金請求書 (第 回)

※ この欄の訂正は本人の印

① 被保険者証	記号	番号	② 被保険者の氏名と印	③ 生年月日	大・昭・平 年月日生
④ 事業所名	⑤ 被保険者の業務の種類		⑥ 法人の役員でない		ある
⑦ 被保険者の住所	〒		電話 ( )		
⑧ 傷病名	⑨ 発病又は負傷の年月日		平成 年月日	⑩ 発病又は負傷の原因	
⑪ 負傷の発生場所	いつ 平成 年 月 日 ( 曜日 )		午前 時 分頃	どこで	
⑫ 負傷の発生状況	私用・工作中・通勤途上		⑬ 第三者行為によるものですか。		はい いいえ
⑭ 病気又はけがのため休んだ期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで		ただし [ ] 日は出勤のため除く		
⑮ 休んだ期間に対して給与を受けたかどうか	ア. 全部受けた ウ. 一部受けた オ. 受けられない	イ. 全部受けられる エ. 一部受けられる	⑯ ⑮で受けた又は受けられる給与の額	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 日分 円	
⑰ ⑭の休んだ期間の内入院したとき	ア. 入院期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 日間	イ. 入院した病院の名称	ウ. 入院した病院の所在地	
⑱ 老人保健の医療受給者証に関する事項	ア. 市町村番号		イ. 受給者番号	ウ. 発行機関名	
⑲ 傷害年金、障害手当金を受けている時又は、受けることが出来る時	ア. 年金の種類 障害年金 障害手当金	イ. 年金の金額 年額	ウ. 年金の受給対象傷病名	エ. 年金証書番号 円 年月日から受給	

払渡希望金融機関名 銀行 支店 口座番号 フリガナ 名義人	委任状 本受給金額の受領を 住所 氏名 平成 年 月 日 被保険者氏名と印	受付年月日
---	---	-------

※ 記入する時は裏の注意事項をよく読んで誤りのないようにして下さい。

※ この欄の訂正は事業主の印

⑲ 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	ただし [ ] 日は出勤のため除く	⑳ ⑲の期間に対する報酬を支給しているかどうか	ア. 全部支給した イ. 全部支給する ウ. 一部支給した エ. 一部支給する オ. 支給しない		
⑳ 欠勤しなかった場合の1か月の支給額	基本給	役付手当	家族手当	通勤手当	手当	手当
㉑ ⑲の期間における報酬の支給額等給料の締切毎に記入して下さい	年 月 日から 年 月 日まで	円	円	円	円	円
	年 月 日から 年 月 日まで	円	円	円	円	円
	年 月 日まで	円	円	円	円	円
㉒ 給料支給形態	ア. 日給制 月給制 日給月給制 (所定就労日数 日) その他					
㉓ 欠勤した場合の支払方法について	ア. 基本給及び諸手当とも控除する イ. 基本給は全額支給し、諸手当を控除する ウ. 基本給のみ控除し、諸手当を支給する エ. その他 ( )					
㉔ 給料の締切日	日締	㉕ 給料の支払日	日支払			
㉖ うえのとおり相違ありません。	平成 年 月 日					
住所 (所在地)						
事業所名称						
事業主氏名・印	印					

※ この欄の訂正は医師の印

㉗ 傷病名	⑳ 発病又は負傷の原因	㉘ 療養を開始した年月日	平成 年 月 日
㉙ 発病又は負傷の年月日	平成 年 月 日	㉚ ⑳の期間中の診療実日数	日間
㉛ 労務不能と認めた期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 日間	㉜ ⑳の期間中の診療実日数	日間
㉝ ㉛の期間の内入院した期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 日間	㉞ 入院の費用の別	ア. 健康保険 イ. 公費 ウ. 自費 エ. その他
㉟ ㉛で労務不能と認めた期間について傷病の主症状及び経過等を詳しく記入して下さい			
㊱ 人工透析を実施又は人工臓器を装着したとき	人工透析を実施又は人工臓器を装着した日	平成 年 月 日	ア. 人工肛門 イ. 人工関節 ウ. 人工骨頭 エ. 心臓ペースメーカー オ. 人工透析 カ. その他 ( )
㊲ うえのとおり相違ありません。	平成 年 月 日		
住所 (所在地)			
医師医療機関名			
氏名・印	印		

記入するときの注意事項 (添付書類を含む)

- 記入するときには、鉛筆を使用しないでください。
- 提出するときには、記入もれや訂正もれのないように注意してください。

『請求者が記入するところ』

- あなたの健康保険被保険者証に記載されている記号番号を記入してください。
- 請求印はよくわかるようにはっきりと押してください。  
なお、遺族が請求される場合には、被保険者であった者の氏名及び請求者氏名を記入してください。この場合、相続人であることが確認できる「戸籍謄本」等を添付してください。
- あなたの仕事の種別を具体的に（経理担当事務員、仕上工、営業員等のように）記入してください。なお、すでに退職されている場合についても、退職直前の仕事の種別を必ず記入してください。
- 法人の役員であるか該当するものを○で囲んでください。
- 住所は番地等を忘れないように（特に○○方、○○アパート等）記入してください。
- ⑨. 今回の傷病名とその発病又は負傷年月日を記入してください。
- ⑫. ケガをした場合に記入してください。
- 第三者行為によるケガの場合については、健康保険組合に備え付けの「負傷届」等を添付してください。なお、第三者行為に該当しない場合であっても別途「負傷届」の添付を求め場合があります。
- 通算日数をまちがえないようによく確かめて記入してください。
- 該当するものを○で囲み、⑯. 休んだ期間に対して給料を受けた（受けられる）ときは、給料の締切毎に、その額を記入してください。
- 請求期間中に入院した場合のみ記入してください。
- 傷病手当てと同じ病気で、障害厚生年金又は障害手当てを受けているときは記入してください。  
なお、障害厚生年金を受けているときは、障害厚生年金（同一の支給事由で障害厚生年金を受けているときは障害厚生年金と障害基礎年金）の年金証書の写及び支払通知書等を添付してください。  
また、障害手当てを受けた日以後で、傷病手当ての支給停止された期間について医師意見、事業主証明が必要な場合があります。

『請求者又は受取代理人が記入するところ及び受取代理人の欄』

銀行名等を記入してください。  
銀行等の預金口座に振込を希望されるときは、被保険者又は受取代理人の預金通帳に基づき口座番号、口座名義人の氏名等を記入してください。  
なお、代理人による受取りを希望される場合には、委任者（被保険者）と受任者（受取代理人）の氏名及び住所を記入のうえ押印してください。

『事業主が証明するところ』  
(記載例)

事業主が証明するところ	20 労務に服さなかった期間	平成7年1月8日から 平成7年2月16日まで	ただし 39日間	日は出勤のため除く	21 20.の期間に対する報酬を支給しているかどうか	ア、全部支給した・イ、全部支給する ウ、一部支給した・エ、一部支給する オ、支給しない		
	22 欠勤しなかった場合の1か月の支給額		基本給	役付手当	家族手当	通勤手当	超勤手当	住宅手当
	23 20の期間における報酬の支給額等	平成7年12月16日から	200,000	20,000	10,000	12,000	5,000	10,000
	24 給料支給形態	ア. 日給制 イ. 月給制 ウ. 日給月給制 (所定就労日数 25日) エ. その他						
25 欠勤した場合の支払方法について	ア. 基本給及び諸手当とも控除する ウ. 基本給のみ控除し、諸手当を支給する		イ. 基本給は全額支給し、諸手当を控除する エ. その他 ( )					
26 給料の締切日	15日締	27 給料の支払日	25日支払					
28	うえのとおり相違ありません。 所在地 ○○市○○町○○丁目○○番地○○号 事業所名称 (株)○○○○ 事業主氏名・印 代表取締役社長 ○○ ○○○ (印)							

- 出勤簿等に基づき正しく記入してください。  
期間中に出勤した日（又は、有給休暇とされた日）があるときは、該当する日を「ただし」の部分に記入してください。  
但し、第1回目の請求については、給料台帳・出勤簿(タイムカード)の写を添付してください。
- 該当するものを○で囲んでください。
- 欄については、次のより記入をお願いします。  
a. 日給制の場合は、基本給欄に日額を記入してください。  
b. 通勤手当が数カ月分まとめて支払われるような場合は、通勤手当の欄に支払月、対象期間、支給額を「○月、○か月分、○円」と記入してください。  
c. 表示以外の手当が月を単位として支給されている場合は、諸手当の手当欄にその名称と支給額を記入してください。
- 賃金台帳に基づいて支給額等を各月の給料の締切ごとに記入してください。なお、超勤手当は除かれます。  
また、⑯. 欠勤した場合の欠勤控除の方法について該当するものを○で囲んでください。
- 該当するものを○で囲んでください。
- ⑯. 給料締切日及び支払日を記入してください。
- 事業主の証明を行ってください。なお、法人事業所の場合は、法人印と代表者印を押してください。

『医師が意見を書くところ』

- あなたが受診している医療機関の担当医師に記入してもらってください。  
なお、医師又は歯科医師の意見書が外国語で作成されている場合については、日本語の翻訳文（翻訳者の氏名、住所等を記載したもの）を添付してください。

以上の内容でわからないことがありましたら、健康保険組合でおたずねください。