

|           |         |       |            |       |                |     |                 |       |          |
|-----------|---------|-------|------------|-------|----------------|-----|-----------------|-------|----------|
| 受 付 年 月 日 |         | 年 月 日 |            | 記入例   |                |     |                 |       |          |
| 伺 年 月 日   |         | 年 月 日 |            | 常務理事  | 事務長            | 担当  | 担当              | 台帳照合印 |          |
| 決 裁 年 月 日 |         | 年 月 日 |            |       |                |     |                 |       |          |
| ※支給支払決議書  | 支 給 額   |       | 円          |       | 資 格 取 得        |     |                 |       | 年 月 日    |
|           | 支 払 開 始 |       | 年 月 日      |       | 資 格 喪 失        |     |                 |       | 年 月 日    |
|           | 支 給 期 間 |       | 自 年 月 日 日間 |       | 標 準 報 酬 月 額    |     |                 |       | 千円 (第 級) |
|           | 前回      |       | 始          |       | 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 |                | 期 間 | 年 月 日から 年 月 日まで | 日間 円  |          |
|           |         |       |            | 不 支 給 |                | 理 由 |                 |       |          |
|           |         |       |            | 備 考   |                |     |                 |       |          |

傷病手当金請求書 (第 1 回目)

|                                                                                                                                  |                                                                |  |                                       |  |                                    |  |                                    |  |            |  |                         |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------|--|------------------------------------|--|------------------------------------|--|------------|--|-------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>が<br>記<br>入<br>す<br>る<br>と<br>こ<br>ろ                                                                         | ①被保険者等の<br>記号・番号                                               |  | 65・1234567                            |  | ②被保険者の<br>業務の種類                    |  | 一般事務                               |  |            |  |                         |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                  | ③事業所の名称<br>及び所在地                                               |  | 名 称                                   |  | ×××××株式会社                          |  | 所 在 地                              |  | ×××××1-2-3 |  |                         |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                  | ④資格を取得<br>した年月日                                                |  | 平成 2 4 年 4 月 1 日                      |  | ⑤標準報酬月額                            |  | ×××, 000 円                         |  |            |  |                         |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                  | ⑥老人保健法の医<br>療を受けたとき                                            |  | 市町村<br>番 号                            |  |                                    |  | 受給者<br>番 号                         |  |            |  | 発 行<br>機関名              |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                  | ⑦介護保険のサー<br>ビスを受けたとき                                           |  | 保険者<br>番 号                            |  |                                    |  | 被保険者<br>番 号                        |  |            |  | 保険者<br>名 称              |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                  | ⑧発病又は負傷<br>の年月日                                                |  | 令和 4 年 4 月 27 日                       |  | ⑨傷病名                               |  | 椎間板ヘルニア                            |  |            |  |                         |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                  | ⑩<br>発 病 又 は<br>負 傷 の 原 因                                      |  |                                       |  | 不明                                 |  | 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<br>できなかった期間                                         |  | 令和 4 年 5 月 1 日から<br>令和 4 年 5 月 23 日まで |  | 23 日間                              |  |                                    |  |            |  |                         |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                  | ⑬上記期間の報酬の全<br>部又は一部を受けた<br>とき、又は受けるこ<br>とができるときは、<br>その報酬額及び期間 |  | 年 月 日 から<br>年 月 日 まで                  |  | 日間<br>円<br>円                       |  |                                    |  |            |  |                         |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                  | ⑭障害年金、障害手<br>当金を受けている<br>とき、又は受ける<br>ことができるとき                  |  | ⑯年金の種類                                |  | 障害年金・障害手当金                         |  | ⑰年金額                               |  |            |  | ⑱年金の支給<br>事由となっ<br>た傷病名 |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                  |                                                                |  | ⑲年金を受ける<br>こととなった<br>年月日              |  | 年 月 日                              |  | ⑳障害年金を受けて<br>いる場合は基礎年金<br>番号・年金コード |  |            |  |                         |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                  | ⑮資格喪失者・<br>任意継続被保険者<br>の方                                      |  | ㉑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                         |  |            |  |                         |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                  |                                                                |  | ㉒老 齢 ( 退 職 )<br>年 金 の 名 称             |  | ㉓基礎年金番号及び年<br>金コード又は記号番<br>号若しくは番号 |  | ㉔受 給 年 月 日                         |  | ㉕年 金 額     |  |                         |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                  |                                                                |  |                                       |  |                                    |  | 年 月 日                              |  | 円          |  |                         |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                  | ⑯振 込 希 望 の<br>金 融 機 関 名                                        |  | フリガナ                                  |  | 銀行<br>信用金庫<br>農 協                  |  | フリガナ                               |  | 支店         |  | 普通<br>当座                |  |  |  |  |  |  |  |
| ⑰上記のとおり申請します。 被保険者の住所 〒123-4567<br>令和4年 6月 1日 大阪市中央区久太郎町1-2-3<br>フリガナ タノウ タロウ<br>氏 名 大和 太郎<br>ダイワボウ健康保険組合理事長 殿 電話番号 01-2345-6789 |                                                                |  |                                       |  |                                    |  |                                    |  |            |  |                         |  |  |  |  |  |  |  |

手書きの場合は、楷書で丁寧に記入してください。  
字が読みづらいと、正しい文字の確認に時間がかかり、支払が遅れる場合があります。

|             |                                                             |                                     |                 |                 |                |                           |    |  |
|-------------|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------|-----------------|----------------|---------------------------|----|--|
| 事業主が証明するところ | ⑮労務に服さなかった<br>期 間                                           |                                     | 年 月 日から 年 月 日まで |                 | 事業主が記入するところです。 |                           | 日間 |  |
|             | ⑮<br>上記の<br>期間中<br>の分と<br>して支<br>払う報<br>酬関係                 | ㉗全額支給した<br>場合、又は支<br>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) ( 日金 額円) |    |  |
|             |                                                             | ㉘一部支給した<br>場合、又は支<br>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) ( 日金 額円) |    |  |
|             |                                                             | ㉙現在までも<br>又、将来も支<br>給しない場合<br>は、その旨 |                 |                 |                |                           |    |  |
|             | ⑯ 上記のとおり相違ないことを証明します。<br>事業主 住 所 年 月 日<br>氏 名<br>電話 局 ( ) 番 |                                     |                 |                 |                |                           |    |  |

|                                                                                        |                        |  |                  |  |                                   |  |                        |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|--|------------------|--|-----------------------------------|--|------------------------|--|
| 療<br>養<br>を<br>担<br>当<br>し<br>た<br>医<br>師<br>が<br>意<br>見<br>を<br>書<br>く<br>と<br>こ<br>ろ | ㉑ 傷 病 名                |  |                  |  | ㉒ 発病又は負傷の原因                       |  | 治療を受けた医師に記入してもらってください。 |  |
|                                                                                        | ㉓ 発病又は負傷<br>の 年 月 日    |  | 年 月 日            |  | ㉔ 療養の給付を開始した<br>年 月 日             |  | 年 月 日                  |  |
|                                                                                        | ㉕ 労務不能と<br>認めた期間       |  | 年 月 日 から 年 月 日まで |  | 日間                                |  | ㉖診療実日数 日間              |  |
|                                                                                        | ㉗ 傷病の主症状<br>および経過<br>概 |  |                  |  | ㉘上記の期間中に入<br>院をした期間があ<br>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 保・公 費<br>自 費・その他     |  |
| ㉙ 上記のとおり相違ありません。<br>住 所 (所在地) 年 月 日<br>医 師 医 療 機 関 名<br>氏 名<br>電話 局 ( ) 番              |                        |  |                  |  |                                   |  |                        |  |

|             |                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 委<br>任<br>状 | ⑮ 私は ××××株式会社 代表取締役社長 を代理人と定め、次の権限を委任する。<br>令和 4 年 6 月 1 日請求した傷病手当金のうち 金 円也の受領に関すること。<br>令和4 年 6 月 1 日<br>被保険者の 住所 大阪市〇〇区△△町×-×-×<br>(請求者) 氏名 大和 太郎<br>代理人の 住所 事業主記入欄<br>氏名<br>⑯ 振込希望の 銀行 銀 行 信用金庫 支店 ( 普 通 第 号)<br>金融機関名 農 協 農 協 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

|             |                                                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 領<br>収<br>書 | ㉚ 金 円也但し<br>うへの金額を領収いたしました。 年 月 日<br>ダイワボウ健康保険組合理事長 殿<br>受領者 住所<br>氏名<br>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」などをみればわかります。
- 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。
- 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、④欄のみにその旨を記入して下さい。
- キ. ⑭㉞欄は、受けている年金を○で囲んで下さい。
- ク. ⑭㉠㉡㉢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㉣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. ⑮㉞の欄は現在の年金受給状況を○で囲んで下さい。
- サ. ⑮㉠㉡㉢㉣欄は支給を証する書類等を見て記入して下さい。
- シ. ⑮㉤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. ㉠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. ㉢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. ⑭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. ⑭欄の㉞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。
- ウ. ⑭欄の㉡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. ㉢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. ㉣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. ㉤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、赤沈度、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㉢までの訂正箇所には㉢の印、㉣から㉥までの訂正箇所には㉥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、㉤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。