

受付年月日	年 月 日	決 裁			
伺年月日	年 月 日	常務理事	事務長		担当者
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	
	支給内訳	傷病手当金 円	資格喪失	年 月 日	
		傷病手当金付加金 円	標準報酬月額	千円(第 級)	
	支給開始	年 月 日	障害年金額・日額障害手当金額	円(日額 円)	
	支給期間	自 年 月 日 日	老齡(退職)年金額	円(日額 円)	
		至 年 月 日 日間	全部・一部不支給	期間	年 月 日から 日間
	前回	始 年 月 日		理由	年 月 日まで 円
	終 年 月 日	備考		※支給支払決議書	

傷病手当金・傷病手当金付加金請求書 (第 回目)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	①被保険者の 記号・番号	-		②被保険者の 業務の種類		
	③事業所の名称			事業所所在地		
	④資格を取得 した年月日	年 月 日		⑤標準報酬月額	,000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	年 月 日		⑨傷病名		
	⑩発病又は 負傷の原因	(詳細に記入)				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	年 月 日 から		年 月 日 まで		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		日間
	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	(ア)年金の種類	障害年金・障害手当金	(イ)年金額	(ウ)年金の支給事 由となった傷病名	
		(I)年金を受け ることとなった 年月日	年 月 日	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資格喪失者の方	(ア)老齡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)老齡(退職) 年金の名称	(ウ)基礎年金番号 または年金コード	(エ)受給年月日	(オ)年金額	
				年 月 日	円	
				年 月 日	円	
		(ハ)年金の合計額			円	
⑯振込先	金庫 銀行 組合		支店	普通 当座	口座番号	
⑰ 上記のとおり請求します。						
ニチバン健康保険組合理事長 殿			年 月 日			
被保険者の住所						
氏名			㊦			

事業主が証明するところ	⑱ 労務に服さなかった期間	年 月 日 から 年 月 日 まで	日間	
	⑲ 上記期間の報酬の支払について	全部または一部支給する(した)場合	年 月 日 から 年 月 日 まで (月 日 支払)	支給額 円 日額 円
		現在また将来も支給しない場合は、その理由		
⑳ 上記のとおり相違ないことを証明します。				
事業主	住所	電話 ()	年 月 日	
	氏名	Ⓜ		

* 事業主は、申請期間中の出勤簿（タイムカード）及び賃金台帳の写しを必ず添付して下さい。

療養を担当した医師が意見を記入するところ	㉑ 傷病名		㉒ 発病または負傷の原因		
	㉓ 発病又は負傷の年月日	年 月 日	㉔ 療養の給付を開始した年月日	年 月 日	
	㉕ 労務不能と認められた期間	年 月 日 から 年 月 日 まで	㉖ 診療実日数	日間	
	㉗ 傷病の主症状および経過概要		㉘ 上記期間のうち入院した期間	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	
㉙ 上記のとおり相違ないことを証明します。					
医師	住所(所在地)	電話 ()	年 月 日		
	医療機関名	Ⓜ			
	氏名				

委任状	⑳ 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・傷病手当金付加金のうち 円也の受領に関すること。 年 月 日
	被保険者の住所 (請求者)	
	氏名	Ⓜ
	代理人の住所	
	氏名	Ⓜ
	⑳ 振込希望の金融機関名	金庫 銀行 組合 支店 普通 当座 口座番号

領収書	㉚ 金	円也但し	年 月 日
		うえの金額を領収いたしました。	
		ニチバン健康保険組合理事長 殿	
	受領者	住所	
	氏名	Ⓜ	

※ 記入方法については次ページの記載事項を御覧の上御記入下さい。

***被保険者 記入の際の注意事項**

- ア. ①および④欄は、健康保険の資格情報となります。資格情報のお知らせや資格確認書等に記載があります。⑤欄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資格情報のお知らせや資格確認書等に記載されている保険者番号、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)というように詳しく記載して下さい。
- オ. ⑭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、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)、(オ)欄のみにその旨を記入して下さい。
- キ. ⑭(ア)欄は、受けている年金を○で囲んで下さい。
- ク. ⑭(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
- ケ. ⑭(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。
- コ. ⑮(ア)欄は現在の年金受給状況を○で囲んで下さい。
- サ. ⑮(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。
- シ. ⑮(カ)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 記入の際の注意事項**

- ア. ⑲欄の「全部支給」または「一部支給」とは、一日当たりの賃金の全部または一部の意味であること。
- イ. ⑲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. ⑲欄の(ウ)の欄は、「現在までも、また将来も支給しない」を記載して下さい。
- 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 記入の際の注意事項**

- ア. ㉔欄は、初診日を記載するだけでなく、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、⑬、⑳ 欄の期間の計算は、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。