

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	資 格 取 得	年 月 日			
※支給支払決議書	支 給 額	円	資 格 喪 失	年 月 日		
	支給内訳	傷病手当金	円	標準報酬月額	千円(第 級)	
		傷病手当付加金	円	障害年金額・日額障害手当金額	円(日額 円)	
	支給開始	年 月 日	老 齡 ( 退 職 ) 年 金 額	円(日額 円)		
	支給期間	自 年 月 日	全部・一部 不支給	期 間	年 月 日から 日間	
		至 年 月 日			年 月 日まで 円	
前回	始	年 月 日	理 由			
	終	年 月 日		備 考		

### 傷病手当金請求書 (第 ○ 回目)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の記号・番号	記号 000 番号 0000	② 被保険者の業務の種別	販売		
	③ 事業所の名称及び所在地	名称 株式会社 ○○	所在地	東京都品川区西五反田 2-2-10		
	④ 資格を取得した年月日	XX年 XX月 XX日	⑤ 標準報酬月額	300,000 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	XX年 XX月 XX日	⑨ 傷病名	胃潰瘍		
	⑩ 発病又は負傷の原因	頻繁に胃の痛みがあり、検査入院後に手術となる			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出来なかった期間	XX年 XX月 XX日から XX年 XX月 XX日まで			XX 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 受けることができる報酬額		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	(ア) 年金の種別	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	
		(エ) 年金を受けることとなった年月日	年 月 日	(オ) 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) 老齡年金の名称	(ウ) 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	(エ) 受給年月日	(オ) 年金額	
				年 月 日	円	
				年 月 日	円	
				年 月 日	円	
		(カ) 年金の合計額			円	
⑯ 振込希望の銀行	金庫 △ 銀行組合 △支店(普通 00 )			フリガナ ケンボ タロウ 口座名 健保 太郎		
⑰	上記のとおり請求します。			XX年 XX月 XX日		
被保険者の住所氏名	〒123-4567 ○○県○○市○○ 890 健保 太郎			TEL 090-0000-0000		
ポーラ・オルビスグループ 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	年 月 日から 年 月 日まで	日間
	⑲ 上記の期間中の分として支払う報酬関係	(ア) 全額支給した場合、又は支給する場合	年 月 日から 年 月 日まで の分として 金 円 ( 月 日支払) (日額金 円)
		(イ) 一部支給した場合、又は支給する場合	年 月 日から 年 月 日まで の分として 金 円 ( 月 日支払) (日額金 円)
		(ウ) 現在までも又、将来も支給しない場合は、その旨	
⑳ 上記とおり相違ないことを証明します。		年 月 日	
事業主 住所 〒 氏名		電話 局 ( ) 番	

療養を担当した医師が意見を書くところ	㉑ 患者名	㉒ 傷病名	㉓ 発病または負傷の原因	
	㉔ 発病または負傷の年月日	年 月 日	㉕ 療養の給付を開始した日	年 月 日
	㉖ 労務不能と認められた期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間	㉗ 診療実日数 日間
	㉘ 傷病の主症状および経過概要			
	㉙ 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 ・ その他
	⑩ 医師 住所 (所在地) 〒 医療機関名 氏名		電話 局 ( ) 番	年 月 日

委任状	⑪ 私は 年 月 日 金 円を代理人と定め、次の権限を委任する。 日請求した傷病手当金・傷病手当付加金のうち円也の受領に関すること。	住所 〒 被保険者の(請求者) 氏名 住所 〒 代理人の 氏名	印 印
	⑫ 振込希望の金融機関名	金庫 銀行 組合 支店 ( 普通 No. )	フリガナ 口座名

領収書	⑬ 金 円也但し うえの金額を領収いたしました。 年 月 日	〒 受領者 住所 氏名
	ポーラ・オルビスグループ健康保険組合理事長 殿	

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。

## ・被保険者の注意事項

- ア. ①および④欄は、健康保険の被保険者証に書いてあります。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。(例 裁定通知書・改定通知書など)
- 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、(ワ)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書類等をみて記入して下さい。
- ケ. ⑭(ハ)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)(ハ)欄は支給を証する書類等を見て記入してその書類の写を添付して下さい。(例 裁定通知書・改定通知書など)
- 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. ㉑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. ㉒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、「現在までにも、また将来も支給しない」を記載して下さい。
- エ. ⑳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. ㉓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. ㉓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. ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入ください。
- イ. ㉔、㉕、㉖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。