

日付
年 月 日
支 払 額
拾万 万 千 百 拾 円

同 年 月 日
支 払 年 月 日
支 払 額
拾万 万 千 百 拾 円

常務理事
事務長
会 計
扱 者
被扶養者
台帳照合印

※ 支給決定書
支給決定の額
法定 附加
支給期間
法定 附加
年 月 日～ 年 月 日 日間
年 月 日～ 年 月 日 日間
備 考
決定標準報酬

資 得 格 喪
年 月 日 前 始
年 月 日 回 終
年 月 日 から
年 月 日 まで
日間
法第46条
該 当 ・ 不 該 当

傷 病 手 当 金 請 求 書

健康保険 傷 病 手 当 附 加 金 (第 回 目)

◎ 記入の方法は裏面に書いてありますからよく読んでください。
◎ 「※」印欄は記入しないでください。

被 保 険 者 証 の 記 号 ・ 番 号
④ 生 年 月 日
⑤ 支給額計算
⑥ 給付記録
⑦ 受 取 代理人
⑧ 受 付 年 月 日
① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ
⑨ 被 保 険 者 (請 求 者) の 氏 名
⑦ 事 業 所 の 名 称
④ 業 務 の 種 別
被 保 険 者 (請 求 者) の 住 所
⑩ 郵 便 番 号
⑪ 住 所 コード
⑫ 傷 病 コード
⑬ カナ
⑭ 傷 病 コード
⑮ カナ
⑯ 傷 病 コード
⑰ カナ
⑱ 障害(厚生)年金、手当金受給の有無
⑲ 有・無・請求中
⑳ 年 月 から 受 給
㉑ 年金証書の記号番号
㉒ 受 給 病 名
㉓ 障害(厚生)年金、手当金の額
㉔ 老人保健医療受給者証の市町村番号
㉕ 受 給 者 番 号
㉖ 発行機関名
㉗ 介護保険被保険者証の保険者番号
㉘ 被 保 険 者 番 号
㉙ 保険者名称
㉚ 発 病 の 状 態 又 は 負 傷 の 原 因 を 詳 し く
㉛ 疾 病 又 は 負 傷 の 療 養 を す る た め 休 ん だ 期 間 (支 給 期 間)
㉜ 自 年 月 日 至 年 月 日
㉝ 日 間
㉞ 第三者の行為によるものですか。
㉟ 0 : いいえ 1 : はい
㊱ ㉛ うえの㉛に書いた期間の部分の報酬を受けましたか、又は受けられますか
㊲ 受けた・受けない
㊳ 受けられる・受けられない
㊴ 報酬の支払いを受けた(受けられる)ときはその報酬の額と、その報酬支払の基礎となった(なる)期間
㊵ 年 月 日から 年 月 日まで
㊶ の分として 円
㊷ 入院した期間があるとき
㊸ ⑦ 病院等の所在地
㊹ ⑦ 病院等の所在地
㊺ ②③ 健康保険又は自費で入院しましたか
㊻ 1. 健保 2. 公 費 3. 自費 4. その他
㊼ ②③ 入院期間
㊽ 自 年 月 日 至 年 月 日
㊾ 日 間
㊿ 報酬月額 日 額 (千円) (円)
被 扶 養 者 が い る と き は 、 そ の 方 の
㊱ 氏 名
㊲ 生 年 月 日
㊳ 被 保 険 者 と の 続 柄
㊴ (備 考)

※ ②③ 支給回数 ④ 支給算出額(手) ⑤ 支給開始日 ⑥ 1 ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿

年 月 日 提 出

(備 考)

※ 受 付 日 付 印

領 収 書
金 円也領収いたしました。
年 月 日
健康保険組合理事長殿
氏 名
㊱

事業主が証明する欄	㋮ 労務に服さなかった期間		年 月 日から 年 月 日まで 日間																																	
	㋭ 出勤は○で、有給は 〃で、公休は公で、欠勤は/でそれぞれ表示してください。																																			
	年 月		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31																															計	出勤 日	有給 日
	年 月		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31																																	
	年 月		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31																																	
	㋯ うえの期間中の分として、報酬を全額又は一部支給した場合又は支給する場合		㊾ (自) 年 月 日(至) 年 月 日		日間		円			日額		月		日支払円																						
			㊿ (自) 年 月 日(至) 年 月 日		日間		円			日額		月		日支払円																						
			㋰ (自) 年 月 日(至) 年 月 日		日間		円			日額		月		日支払円																						
			㋱ (自) 年 月 日(至) 年 月 日		日間		円			日額		月		日支払円																						
	㋲ 現在までもまた将来も支給しない場合はその旨																																			
㋳ うえの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	㋴ 傷 病 名																																																													
	㋵ 発 病 又 は 負 傷 の 年 月 日		年 月 日																																																											
	㋶ 療 養 の 給 付 を 開 始 し た 年 月 日		年 月 日																																																											
	㋷ 発 病 又 は 負 傷 の 原 因																																																													
	㋸ 労 務 不 能 と 認 め た 期 間		年 月 日から 年 月 日まで 日間										左の期間中の診療実日数		日間																																															
	㋹ 傷 病 の 主 状 態 お よ び 経 過 概 要		人工透析又は人工臓器等を装着したとき										人工透析を実施又は人工臓器を装着した日										年 月 日																																							
			人工臓器等の種類										ア、人工肛門カ、人工透析										イ、人工膀胱キ、その他(										ウ、人工関節										エ、人工骨頭										オ、心臓ペースメーカ									
	㋺ うえの期間中に入院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										㋻ 入 院 の 費 用 の 別		健 保 ・ 公 費 自 費 ・ その他																																															
	㋼ うえのとおり相違ありません。 年 月 日																																																													
医師 住所(所在地) 〒 氏 名 医療機関名 印 電話(局) 番																																																														

㋽ 減 額 期 間	期間	自	年 月 日		至	年 月 日		日 数	金 額	
			日			円				
㋾ 全 部 不 支 給	期間	自	年 月 日		至	年 月 日		日 数		
			日							
㋿ 不 支 給 (法定外)	期間	自	年 月 日		至	年 月 日		日 数		
			日							

支払金融機関の欄	㋿ 支払区分	1. 振込 2. 銀行送金 3. 郵便局送金 4. 当地払		㋿ 預金種別	1. 普 通 2. 当 座 3. 通 知 4. 別 段		㋿ 銀行 金庫 農協		本店 支店	
		㋿ 金融機関コード			口座名義					
		㋿ 口座番号					郵便局			

受取代理人の欄	㋿ 本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 年 月 日																																		
	被保険者 住所 (請求者) 氏 名																																		
	㋿ 代理人の氏 名	(フリガナ)																	㋿ 委任者と代理人との関係																
	代理人の住所	㋿ 郵便番号												(フリガナ)																					
㋿ 住所コード																																			

(被保険者の注意事項)

ア. ①、②及び③は、健康保険の被保険者証に記載されています。

イ. ④の年号、⑮、⑯及び⑳は、それぞれ該当する文字をマルで囲んでください。

なお、㉑は、請求書を提出するとき現在までのことを、「受けた」、「受けない」に、また、将来のことを「受けられる」、「受けられない」にわけて二つの事項をマルで囲んでください。

~~ウ. ㉒の被保険者の印は、被保険者が自ら署名する場合には不要です。~~

エ. ㉓は、「旋盤工」、「塗装工」、「用務員」、「守衛」、「賄婦」、「自動車運転手」又は「事務員」などと具体的に記入してください。

オ. 障害〔厚生〕年金、手当金を受給（請求中を含む）しているときは、㉔の「障害〔厚生〕年金、手当金受給の有無」欄等へ記入してください。

カ. ク、ケ及びコは、老人保健の医療受給者証に記載されています。

キ. サ、シ及びスは、介護保険の被保険者証に記載されています。

ク. セは「いつ（ 年○月○日午前○時）どこで（自宅の庭で）なにを（植木を）どうしているうち、なにが（脚立が）どういうふうになって（倒れて）、どこを（顔を）、どうした（裂傷した）」と

のように詳しく記入してください。

ケ. 傷病が第三者の行為によるものであるときは、別に「第三者行為による傷病届」を作って、この請求書に添付してください。

コ. 証明書等が外国語で記入されている場合は、翻訳者の住所・氏名を明記した翻訳文を添付してください。

(事業主の注意事項)

サ. 本の「全部支給」又は「一部支給」とは、一日当りの賃金の全部又は一部の意味です。

シ. ㉕は、「現在までも、また将来も支給しない」と記入してください。

ス. 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、事業主の証明は必要ありません。

(医師の注意事項)

セ. めは、それぞれ該当する文字をマルで囲んでください。

ソ. へは、初診の日ではなく、その傷病について健康保険による療養を始めた日を記入するものですから、被保険者証の療養給付記録欄などを見て記入してください。

タ. ミは、なるべく詳しく記入してください。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入してください。

人工透析又は、人工臓器等を装着したときは、実施日又は装着日を記入してください。

なお、人工臓器等を装着したときは「人工臓器等の種類」をマルで囲んでください。

(共通する注意事項)

チ. 印はハッキリと押し、印洩れのないようにしてください。

ツ. 19、21、㉖、本、㉗及びムの期間の計算は、両端を入れて間違いなく計算してください。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。