

受付年月日	年	月	日		
伺年月日	年	月	日		
決裁年月日	年	月	日		
※支給支払い決議書	支給額	円			
	支給内訳	傷病手当金	円		
		傷病手当付加金	円		
	支給開始	年	月	日	
	支給期間	自	年	月	日
	前回	始	年	月	日
終		年	月	日	

決 議			
資格取得	年 月 日		
資格喪失	年 月 日		
標準報酬月額	千円(第 級)		
障害年金額・日額	円(日額 円)		
全部・一部 不支給	期間	年 月 日から	日間
	理由	年 月 日まで	円
備考			

傷病手当金・傷病手当付加金請求書

(第 回目)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	1 被保険者証の 記号・番号	101-XXXX		2 被保険者の 業務の種類	製造		
	3 事業所の名称 及び所在地	名称	日油株式会社		所在地	東京都渋谷区恵比寿 4-20-3	
	4 資格を取得 した年月日	H16年 2月 29日			5 標準報酬月額	240000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 発病又は負傷 の年月日	H29年 4月 1日			8 負傷名	脳梗塞	
	9 発病又は 負傷の原因	不詳 (数年来あった不整脈より心不全を起こし、その結果として脳梗塞がおきたと思われる。)					
	10 労務に服することが 出来なかった期間	H29年 4月 1日から		H29年 4月 30日まで		30日間	
	11 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	H29年 4月 3日から		H29年 4月 3日まで		1日間	
		受けた報酬額		9,000円		円	
		受けることができる報酬額					
	12 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 いる場合は障害年 金証書の記号番号			
	13 振込希望の銀行	銀行 支店 (普通当座)					
	14	<p>上記のとおり請求します。</p> <p style="text-align: right;">H29年 5月 1日</p> <p style="text-align: center;">〒XXXX-XXXX 住所 東京都XX区〇〇1-1-1</p> <p>被保険者の 氏名 日油 太郎</p> <div style="text-align: right;">  <p>日油健康保険組合理事長 殿</p> </div>					

事業主が証明するところ	15 労務に服さなかった期間	H29年 4月 1日から H29年 4月 30日まで	30日間
	16 上記の期間中として支払う報酬関係	(7) 全額支給した場合、又は支給する場合	金 9,000 円 H29年 4月 3日から H29年 4月 3日まで の分として (4月25日支払) 日額 金9,000 円
		(4) 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 (月 日支払) 金 円 日額 円
		(5) 現在までも又、将来も支給しない場合は、その旨	上記以外の報酬については、現在までも、また、将来にわたっても支給しない。
17	上記とおりに相違ないことを証明します。 〒150-6019 H29年 5月 8日 東京都渋谷区恵比寿4-20-3 日油(株)本社 人事・総務部長 ○○○○ 事業主住所氏名 電話 03局(5424)XXXX番		

療養を担当した医師が意見を書くところ	18 傷病名	脳梗塞 動脈解離	19 発病または負傷の原因	不明	
	20 発病または負傷の年月日	H29年 4月 1日	21 療養の給付を開始した年月日	H29年 4月 1日	
	22 労務不能と認められた期間	H29年 4月 1日から H29年 4月 30日まで	30日間	23 診療実日数	30日間
	24 傷病の主症状および経過概要	H29.4.1に両下肢の痺れ、脱力感を認め、当院受診。検査の結果、上記を認めたため4/10手術を行う。術後、保存的加療・リハビリ加療施行。嚥下障害改善するも、右上下肢不完全麻痺が残存するため、リハビリ加療を引き続き要する。			
	25	上記とおりに相違ありません。 〒123-1234 H29年 4月 30日 東京都△△区※※1-2-3 △△大学病院 循環器内科 田中 太郎 医師住所氏名 電話 03局(XXXX)XXXX番			

委任状	26	私は 日油株式会社 を代理人と定め、次の権限を委任する。 H29年 5月 1日請求した傷病手当金・傷病手当付加金のうち 金 (全額) 円也の受領に関すること。 H29年 5月 1日	住所 東京都××区○○1-1-1 氏名 日油 太郎 住所 東京都渋谷区恵比寿4-20-3 氏名 日油(株)本社 人事・総務部長 ○○○○
	27	振込希望の銀行	銀行 支店 (普通 当座)

領収書	28	金 円也但し うえの金額を領収いたしました。 年 月 日 日油健康保険組合理事長 殿 受領者住所氏名 印
-----	----	---

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. 9 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。
- エ. 12 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。
- オ. 12 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、(ウ)欄にみにその旨を記入して下さい。
- カ. 12(ア)欄は、受けている年金を○で囲んで下さい。
- キ. 12(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見て記入して下さい。
- ク. 12(ウ)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。
- ケ. 12 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。
- コ. 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。
- サ. 27 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。
- シ. 28 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。
- ス. ※印の欄には記入しないで下さい。

・ 事業主の注意事項

- ア. 16 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. 16 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. 16 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. 17 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. 21 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. 24 欄は、なるべく詳しく記載して下さい。特に、手術に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 14 までの訂正箇所には 14 の印、15 から 17 までの訂正箇所には 17 の印、18 から 25 までの訂正箇所には 25 の印、25 から 27 までの訂正箇所には 14 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. 10、15、22 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。