

受 付 年 月 日	年 月 日	決 済			
伺 年 月 日	年 月 日	理事長	常務理事	事務長	担当者
決 済 年 月 日	年 月 日				
※支給額 傷病手当金 支給開始 支給期間 前 回 備考	支 給 額	円			
	傷 病 手 当 金	円			
	支 給 開 始	年 月 日			
	支 給 期 間	自 年 月 日	日間		
		至 年 月 日			
	前 回	始 年 月 日			
	終 年 月 日				
備考					
		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・日額障害手当金額	円(日額 円)		
		老 齡 (退 職) 年 金 額	円(日額 円)		
		全 部 ・ 一 部 給 理 由	期 間	年 月 日から 日間	
				年 月 日まで 円	

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	番号	②被保険者の 業務の種別						
	③事業所の名称 及び所在地	名 称			所 在 地	東京都文京区本駒込2丁目28番8号				
	④資格を取得 した年月日	年 月 日			⑤標準報酬月額	千円				
	⑥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		
	⑦発病または負 傷の年月日	年 月 日			⑧傷 病 名					
	⑨ 発病または 負傷の原因					⑩ 第三者行為による もの ですか		☐ いいえ ☐ はい		
	⑪ 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					
	⑫ 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 円 受けることができる報酬額 円			日間 円					
	⑬ 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	⑭ 年金の 種 別	☐ 障害年金 ☐ 障害手当金	⑮ 年金額	⑯ 年金の支給事由 となった傷病名					
		⑰ 年金を受け取る こととなった年月日		年 月 日	⑱ 障害年金を受けている場合は 基礎年金番号・年金コード					
	⑭ 任 意 継 続 被 保 険 者 の 方	⑲ 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				
		⑲ 老齢(退職)年金の名称	⑳ 基礎年金番号及び年金コード又 は記号番号もしくは番号		㉑ 受 給 年 月 日	㉒ 年 金 額				
					年 月 日	円				
					年 月 日	円				
					年 月 日	円				
				㉓ 年 金 の 合 計 額		円				
⑮ 振 込 希 望 の 金 融 機 関 名	☐ 金庫 ☐ 銀行 ☐ 組合			支店	☐ 普通 ☐ 当座 No.					
⑯	上記のとおり請求します。				年 月 日					
	〒 -									
	被保険者の 住 所 氏 名				⑰					
	科 研 製 薬 健 康 保 険 組 合 理 事 長 殿									

事業主が証明するところ	⑰ 労務に服さなかった期間		年 月 日から 年 月 日まで		日間	
	上記の期間中 の分として支払う報酬関係	⑰ 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		金 円 の分として (月 日支払)	日額 金 円
		⑰ 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		金 円 の分として (月 日支払)	日額 金 円
		⑰ 現在までも、又、将来も支給しない場合は、その旨				
	⑱ 上記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 ⑲ 電話 局 () 番					

療養を担当した医師が意見を書くところ	⑳ 傷病名		㉑ 発病又は負傷の原因		
	㉒ 発病又は負傷の年月日	年 月 日	㉓ 療養の給付を開始した年月日	年 月 日	
	㉔ 労務不能と認めた期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間	㉕ 診療実日数	日間
	㉖ 傷病の主症状および経過概要	㉗ 上記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
		入院費用の別		☐ 健保費 ☐ 公費 ☐ 自費 ☐ その他	
㉘ 上記のとおり相違ありません。 〒 - 年 月 日 住所(所在地) 医師 医療機関名 氏名 電話 局 () 番					

委任状	㉙ 私は 年 月 日を代理人と定め、次の権限を委任する。 日請求した傷病手当金のうち 金 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 ⑲ 〒 - 代理人の住所 氏名 ⑲				
	㉚ 振込希望の金融機関名	☐ 金庫 ☐ 銀行 ☐ 組合		支店	☐ 普通 ☐ 当座 No.
領収書	㉛ 金 円也 但し 上記の金額を領収いたしました。 年 月 日 科研製薬健康保険組合 理事長 殿 〒 - 受領者住所 氏名 ⑲				

●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被保険者番号、被保険者番号、保険者名を記入して下さい。
- ウ. ⑨欄は、(〇〇年〇〇月〇〇日午前〇〇時ごろ)、どこで(自宅で) どうしているうち(清掃中) どういうふうになって(二階の階段から足を踏み外して) どこを(右下腿部を打撲した) というように詳しく記載して下さい。
- エ. ⑬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し、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. ⑬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、⑭欄のみにその旨を記入して下さい。
- カ. ⑬⑦欄は、受けている年金のチェック・ボックスにチェックを入れて下さい。
- キ. ⑭①②③④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. ⑭⑤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見て記入して下さい。
- ケ. ⑭⑦の欄は、現在の年金受給状況に該当するチェック・ボックスにチェックを入れて下さい。
- コ. ⑭①②③④欄は、支給を証する書類等を見て記入して下さい。
- サ. ⑭⑦欄は、年金の合計額を記入して下さい。

※⑭欄の補足

老齢又は退職を支給事由とする年金該当者につきましては、平成13年3月28日付厚生労働省保険局保険課企画法令第1係より健康保険組合事務担当者宛事務連絡がなされ、傷病手当金請求者に対しては請求書に老齢給付の年金証書又はこれに準ずる書類の写し、その額その支給開始年月を証する書類と直近の額を証明する書類等を添付させることとなっておりますので、被保険者に対しては本連絡を参照のうえご指導をお願いします。

- シ. ⑮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。
- ス. 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。
- セ. ⑯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。
- ソ. ⑰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。
- タ. ※印の欄には記入しないで下さい。

●事業主の注意事項

- ア. ⑱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. ⑱欄の⑦と①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. ⑱欄の⑦の欄は、「現在までにも、また将来も支給しない」と記載して下さい。
- エ. ⑲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. ⑳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. ㉑欄は、なるべく詳しく記載して下さい。特に、手術を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㉑までの訂正箇所には⑱の印、㉒から㉔までの訂正箇所には療養を担当した医師の印)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. ⑪、⑮、㉔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。例えば6月13日から6月19日までは、7日間となります。