

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 支給 支給開始 支給期間 前回 次回 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	年 月 日			
後 回	年 月 日				
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)				
老齢(退職)年金額	円(日額 円)				
全部・一部支給	年 月 日から 日間				
不支給理由	年 月 日まで 円				

傷病手当金請求書 (第 1 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	10	番号	0000	② 被保険者の業務の種類別	営業		
	③ 事業所の名称及び所在地	名 称	科研製薬株式会社			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	0000年 00月 00日			⑤ 標準報酬月額	000千円			
	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			
	⑦ 発病または負傷の年月日	0000年 00月 00日			⑧ 傷 病 名	右足アキレス腱断裂			
	⑨ 発病または負傷の原因	趣味のサッカー練習中に負傷				⑩ 第三者行為によるものですか	<input checked="" type="checkbox"/>	いいえ	
							<input type="checkbox"/>	はい	
	⑪ 労務に服することができなかった期間	0000年 00月 00日から			0000年 00月 00日まで			00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	0000年 00月 00日から			0000年 00月 00日まで			00日間	
		受けた報酬額			000,000円				
	受けることができる報酬額			000,000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	⑭ 年金の種類別	<input type="checkbox"/> 障害年金	<input type="checkbox"/> 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 年金を受け取るようになった年月日	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 任意資格喪失被保険者の方	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 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 請求中 <input type="checkbox"/> いいえ							
⑳ 老齢(退職)年金の名称		㉑ 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			㉒ 受給年月日	㉓ 年 金 額			
					年 月 日	円			
					年 月 日	円			
					年 月 日	円			
				㉔ 年金の合計額		円			
⑮ 振込希望の金融機関名	<input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 組合			支店	<input type="checkbox"/> 普通 No. <input type="checkbox"/> 当座				
⑯	0000年 00月 00日								
上記のとおり請求します。									
〒 000 - 0000									
被保険者の住所 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇丁目〇〇番〇〇号〇〇マンション〇〇〇号室									
氏名 健保 太郎 (健保印)									
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
	⑱ 上記の期間中の分として支払う報酬関係	⑲ 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
		⑲ 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
	⑲ 現在までも、又、将来も支給しない場合は、その旨		
⑲ 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 ⑩ 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	右足アキレス腱断裂	㉑ 発病又は負傷の原因	準備運動の不足
	㉒ 発病又は負傷の年月日	0000 年 00 月 00 日	㉓ 療養の給付を開始した年月日	0000 年 00 月 00 日
	㉔ 労務不能と認められた期間	0000 年 00 月 00 日 から 0000 年 00 月 00 日 まで	00 日間	㉕ 診療実日数 00 日間
	㉖ 傷病の主症状および経過概要	右足アキレス腱断裂による歩行困難のため、00日間の加療が必要	㉗ 上記の期間中に入院した期間がある場合はその期間 入院費用の別	0000 年 00 月 00 日から 0000 年 00 月 00 日まで <input checked="" type="checkbox"/> 健保費 <input type="checkbox"/> 公費 <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他
㉘ 上記のとおり相違ありません。 0000 年 00 月 00 日 〒 000 - 0000 住所(所在地) 〇〇県〇〇市〇〇町〇丁目〇〇番〇〇号 医師 医療機関名 〇〇整形外科病院 氏名 科研 良夫 電話 00 局 (0000) 0000 番				

委任状	⑲ 私は _____ を代理人と定め、次の権限を委任する。 年 月 日請求した傷病手当金のうち 金 _____ 円也の受領に関する事。 年 月 日	
	被保険者の住所 氏名 (請求者) _____ ⑩	〒 -
	代理人の住所 氏名 _____ ⑩	

⑳ 振込希望の金融機関名	<input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 組合	支店 <input type="checkbox"/> 普通 No. <input type="checkbox"/> 当座
--------------	---	---

領収書	⑳ 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 _____ ⑩
-----	---

●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) どのようにしているうち(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時)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⑮の印、⑰から⑲までの訂正箇所には⑱の印、㉑から⑳までの訂正箇所には⑳の印、㉒から㉓までの訂正箇所には㉔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、⑰、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。例えば6月13日から6月19日までは、7日間となります。