

健康保険傷病手当金請求書

① (第 回目)

被保険者の
注意事項

1. ②及び⑧の欄は、健康保険の被保険者証を見て記入して下さい。⑦は勤務先から交付される「賃金支払内訳票」などをみればわかります。

2. 被保険者が自ら署名する場合には、④欄の被保険者の押印は不要です。なお、被保険者以外の方の押印を省略することはできません。

3. ⑨の欄は、単に事務員、工員と記入することなく、「経理担当事務員」「仕上工」「施盤工」等具体的に記入して下さい。

4. ⑫の欄は、日時、場所、何をしていた等、具体的に記入して下さい。

5. ⑬、⑭の欄は、それぞれ該当する文字を○で囲んでください。なお、⑮の④は、「請求書を出したとき現在までのことを「受けた」、「受けられない」にわけ、⑯に事項を○で囲んで下さい。

6. 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(死)届」をこの請求書に添付してください。

7. ⑰の欄は、⑯の欄で「はい」または「請求中」に○を付けた方のみ、基礎年金番号を記入して下さい。

8. ⑱の欄は、⑲の欄で「はい」に○を付けた方のみ、老齢厚生年金・老齢基礎年金・老齢共済年金・退職共済年金を記載してください。

9. ⑳、㉑の欄は、「はい」に○を付けた方は、老齢厚生年金・老齢基礎年金・老齢共済年金・退職共済年金の支給開始年月日を証明する書類並びにその直近の額を証明する書類(年金額改定通知書等)の写しを添付してください。

10. 給付金の受領は、勤務先への受領委任となり、委任状のそれぞれ該当する欄に記入押印して下さい。

11. 勤務先を退職した後の給付金の受領は、勤務先への受領委任となり、委任状のそれぞれ該当する欄に記入押印して下さい。なお、個人受領を希望する場合は、別紙「銀行振込依頼書」をこの請求書に添付して下さい。

被 保 険 者 が 記 入 す る こ ろ	② 被保険者証の 記号と番号	(記号)	(番号)	③ 被保険者 (請求者)の 氏名と印	(フリガナ)	④ ㊟		
	⑤ 被保険者の現住所 (請求者)	〒 () TEL ()						
	⑥ 事業所の 業名					⑦ 被保険者の 標準報酬月額	千円	
	⑧ 被保険者の資格を 取得した年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	⑨ 被保険者の 業務の種別		
	⑩ 発病または 負傷の年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	⑪ 傷病名		
	⑫ 発病の状態 または負傷 原因を詳しく						⑬ 第三者行為に よるものですか いいえ・はい	
	⑭ 疾病または負傷 の療養をするた めに休んだ期間	令和	年	月	日	から	日間	
		令和	年	月	日	まで		
	⑮	A うえの⑭に書いた期間の分の報酬を受けましたか、または受けられますか		受けた・受けない・受けられる・受けられない				
		B 報酬支払を受けたとき、または受けられるときは、その報酬の額とその報酬支払の基礎となった(なる)期間		令和	年	月	日から	の分として
	令和		年	月	日まで			
⑯	⑰ 障害厚生年金または障害手当金を受給していますか	⑱ 基礎年金番号		⑲ 障害厚生年金または障害手当金の受給の原因となった傷病名				
	いいえ・請求中・はい							
同 意 欄	資 格 喪 失 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				いいえ・請求中・はい		
		⑳ 年金コード又は記号番号もしくは番号				年 金 額		
						円		
		㉑ 年金の合計額				円		
<p>・私は、東部ゴム健康保険組合が傷病手当金の給付について、関係機関に照会することに同意します。照会行為について、東部ゴム健康保険組合に対し、異議または申し立てをしません。または、関係機関が上記照会について、回答することにも同意します。</p> <p>※関係機関とは、貴殿より通知を受けた当健保加入前の保険者・団体・会社他、受診中または受診されていた医療機関を指します。</p> <p>・障害厚生(基礎)年金の受給開始または年金額の変更があった場合、退職後に老齢厚生(基礎)年金の受給を開始または年金額の変更があった場合、遅滞なく東部ゴム健康保険組合に届出し、受給した傷病手当金に返納が生じた際は速やかに返納いたします。</p>								
令和 年 月 日 氏名: _____								
委 任 状	私は下記の者を代理人と定めて傷病手当金の受領方を委任します。							
	⑳	被保険者 (請求者)	住所 氏名			㉑		
	㉒	代理人	住所 氏名			㉓		

事業所印

令和 月 日 提出
東部ゴム健康保険組合

受付日付印

※第1回目の請求においては、請求期間にかかる賃金台帳及びタイムカード(または出勤簿)の写しを添付してください。なお2回目以降は賃金が支給された場合のみ添付してください。資格取得から1年未満の請求については入社日からの賃金台帳及び出勤簿(またはタイムカード)の写しを添付してください。

事業主が記入するところ	被保険者氏名		⑳ 労務に服さなかった期間		令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで	日間
	㉑ うえの期間中として支払う報酬関係	㉒ 全額支給した場合は	令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで	金 円	(月 日支払)	日額 金 円
		㉓ 一部支給した場合は	令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで	金 円	(月 日支払)	日額 金 円
		㉔ 現在までも支給しない場合は、その旨					
うえのとおり相違ないことを証明します。 <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">TEL ()</p> <p style="text-align: right;">⑳ 住所</p> <p style="text-align: right;">㉕ 氏名</p> <p style="text-align: right;">⑳ 印</p>							

事業主の注意事項

12. ㉑欄の「全部支給」または「一部支給」とは、一日当りの賃金の全部または一部の意味です。

13. ㉑欄の㉒と㉓にわたるときは、両欄のそれぞれの事柄を記入してください。

14. ㉑欄は、「現在までも、また将来も支給しない」と記入してください。

15. 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、事業主の証明を行う必要はありません。

療養を担当した医師が意見をかくところ	患者氏名		㉑ 傷病名				
	㉒ 発病または負傷の原因						
	㉓ 発病または負傷の年月日		昭和 平成 令和	年 月 日	㉔ 療養の給付を開始した年月日	昭和 平成 令和	年 月 日
	㉕ 労務不能と認められた期間		令和 令和	年 月 日から 年 月 日まで	㉖ 左の期間中の診療実日数	日間	
	㉗ 傷病の主状態および経過概要						
			人工透析また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		平成・令和 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、心臓ペースメーカー)
㉘ うえの㉕の期間中に入院した期間がある場合はその期間		令和 令和	年 月 日から 年 月 日まで	㉙ 入院の費用の別	健康保険・公費 自費・その他		
うえのとおり相違ありません。 <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">TEL ()</p> <p style="text-align: right;">④ 住所</p> <p style="text-align: right;">④ 氏名</p> <p style="text-align: right;">④ 印</p>							

医師の注意

16. ㉑欄は、初診日を記入するのではなく、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。

17. ㉑欄は、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の年月日を記入してください。

18. 人工腎臓等の種類および㉑は、それぞれ該当する文字を○で囲んでください。

➡ ㉕の期間中の職種で労務不能と認められた理由をお書きください。

19. 訂正したところは、各記入者の氏名のわきに押した印と同じ印(㉑から㉕までの訂正箇所には㉑の印、㉖から㉘までの訂正箇所には㉖の印、㉙から㉗までの訂正箇所には㉙の印)を訂正印として押してください。

20. 印はハッキリと押し、印漏れのないようにしてください。

21. ㉑㉕および㉘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。