

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やすい。
 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の欄は、⑬の欄はそれぞれ該当する文字を○で囲んでください。なお、⑬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、⑬の⑤は、「受けられる」、「受けられない」にわけ、⑬の⑥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. ⑭の欄は、⑭の欄は「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. ⑮の欄は、「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下さい。
 9. ⑯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・退職共済年金を記載して下さい。
 10. 給付金の受領は、勤務先への受領委任となり、委任状の捺印が必要となります。委任状の捺印は、勤務先へ必ず同一印で押印して下さい。
 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、委任状の捺印が必要となります。委任状の捺印は、勤務先へ必ず同一印で押印して下さい。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。

事業所印
 担当者印

被 保 険 者 が 記 入 す る こ と を こ ろ 同 意 欄	② 被保険者証の記号と番号	(記号)	(番号)	③ 被保険者(フリガナ) (請求者)の氏名と印	④ 印								
	⑤ 被保険者の現住所(請求者)	〒 () TEL () ()											
	⑥ 事業所の名称				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	令和	年	月	日まで	日間			
	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	令和	年	月	日まで	の分として	円
	⑯	⑯ 障害厚生年金または障害手当金を受給していますか	⑰ 基礎年金番号	⑱ 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							
任 意 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											
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)の住所氏名	令和			年	月	日	㉓					
	㉔ 代理人の住所氏名				㉕								

令和 年 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		②⑥ 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	事業主の注意事項 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。 12. ⑦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. ⑦欄の①と②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. ⑦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。
	②⑦ うえの期間中	⑦ 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	
		① 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	
	⑦ 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。 令和 年 月 日

TEL ()

②⑧ 住所

②⑨ 氏名

③⑩

③⑪

療養を担当した医師が意見をかくところ	患者氏名		③① 傷病名				
	③② 発病または負傷の原因						
	③③ 発病または負傷の年月日		昭和 平成 令和	年 月 日	③④ 療養の給付を開始した年月日	昭和 平成 令和	年 月 日
	③⑤ 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	③⑥ 左の期間中の診療実日数	日間	日間
	③⑦ 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

③⑧ うえの③⑤の期間中に入院した期間がある場合はその期間	令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで	③⑨ 入院の費用の別	健保・公費 自費・その他
	令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで	日間	日間

うえのとおり相違ありません。 令和 年 月 日

TEL ()

④⑩ 住所

④⑪ 氏名

④⑫

④⑬

→ ③⑤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。③⑤の期間中に就ける症状等について詳細にお書きください。

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(①から②までの訂正箇所には④の印、③から⑨までの訂正箇所には⑥の印、⑩から⑪までの訂正箇所には⑫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. ④⑩⑪および④⑫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。