

傷病手当金請求書 ^① (第 回)

◎記入方法については裏面の注意事項をご覧のうえ、記入ください。

②被保険者証の記号と番号	記号	番号	③事業所の名称		
④業務の種類別				④標準報酬額	千円
⑥発病又は負傷の年月日	昭和 平成	年	月	日	⑦傷病名
⑧発病の状態または負傷の原因を詳しく					
⑨療養するために休んだ期間	平成	年	月	日から	⑩⑨の期間中に出勤又は有給休暇があればその期間又は月日
	平成	年	月	日まで	
⑪ (ア) うえの⑨に書いた期間の分の報酬を現在迄に受けましたか、又将来受けられますか (イ) 報酬支払を受けたとき、又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	受けた・受けない・受けられる・受けられない				
	平成	年	月	日から	円
⑫ (ア) 障害厚生年金又は障害手当金を受給していますか (イ) 基礎年金番号	いいえ・請求中・はい			障害厚生年金又は障害手当金の受給の原因となった傷病名	
任意継続被保険者の方	(ウ) 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	
	(エ) 年金コード又は記号番号もしくは番号			年金額	
				円	
				円	
				円	
年金の合計額			円		
上記のとおり請求いたします。平成 年 月 日					
⑬ 住所 〒 被保険者の氏名 ※ ⑭ ⑮					
電話 ()					
出版健康保険組合 殿 昭・平 年 月 日生 (歳)					

※本人氏名を自署した場合は、押印不要です。

第1回目の請求は、賃金台帳並びに出勤簿(タイムカード)の写しを添付してください。

⑮ 労務に服さなかった期間	平成	年	月	日から	平成	年	月	日まで	日間			
⑯ 出勤は○で、有給は△で、公休は公で、欠勤は/でそれぞれ表示してください。												
年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31								計	(ア)出勤	(イ)有給	
年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31									日	日	日
年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31											
⑰ うえの期間中、労務につかなかった期間の賃金支払状況 (該当に○をつけてください。但し出勤日を除く)										賃金計算		
(1) 支給しない										締日	日	
(2) 全部または一部支給した(する)										支払日	日	
(ア) 1日当たりの賃金の全額支給した場合又は将来支給する場合	平成	年	月	日から	の分として	金	円	(日額金円)				
平成	年	月	日まで	の分として	(月 日支払)	円						
(イ) 1日当たりの賃金の一部支給した場合又は将来支給する場合	平成	年	月	日から	の分として	金	円	(日額金円)				
平成	年	月	日まで	の分として	(月 日支払)	円						
上記のとおり相違ないことを証明します。平成 年 月 日 平成 年 月 日提出												
事業所所在地 〒 事業所名称 ⑱ 事業主の氏名 ⑲												
電話 ()												

受付日付印

⑲患者氏名																																		
⑳ 傷病名	(1)										㉑療養の給付を開始した年月日(初診日)	(1) 昭和 平成	年	月	日																			
	(2)											(2) 昭和 平成	年	月	日																			
	(3)											(3) 昭和 平成	年	月	日																			
㉒発病または負傷の年月日	昭和 平成	年	月	日	発病負傷	㉓発病または負傷の原因																												
㉔ 労務不能と認められた期間	平成	年	月	日から	日間	㉕ 入院期間	平成	年	月	日から	日間																							
	平成	年	月	日まで	日間		平成	年	月	日まで																								
㉖ 診療実日数	日	診療日を○で囲んでください	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
			月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
			月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
上記の診療実日数が0日のときは、前後直近の診療日をご記入ください。													月	日	・	月	日																	
㉗ ㉔の期間中における「主たる症状および経過」「治療内容、検査結果、医療指導」等(詳しく)	手術										平成 年 月 日																							
											術施行																							
											退院年月日	平成	年	月	日																			
症状経過からみて従来の職種について労務不能と認められた医学的な所見																																		
上記のとおり相違ありません。平成 年 月 日																																		
医療機関所在地 〒 医療機関の名称 ㉘ 医師の氏名 ㉙ 電話 ()																																		

委任状	私は 平成 年 月 日に請求した傷病手当金の受領方を委任します。													
本人	住所 〒										⑳			
	氏名 ㉚											㉛		
受領代理人	住所 〒										㉜			
	氏名 ㉝											㉞		

下欄は、会社を退職して資格を喪失した方のみご記入ください。

㉟ 金融機関	銀行名	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店	口座番号	
	預金種別	普通・当座		フリガナ	
				名義人	

社会保険労務士の提出代行者印		㉟
----------------	--	---

●記入上の注意（被保険者が記入するところ）

- ①は初めて請求されるときは第1回目となり、続いて次に請求されるときが第2回目となり以下順を追うこととなります。
- ②の欄は健康保険の被保険者証に書いてあります。
- ④欄は「営業員」「事務員」等と具体的に記入してください。
- ⑪の（ア）欄は該当する文字を丸で囲んでください。なお現在までのことを「受けた」「受けない」に、また将来のことを「受けられる」「受けられない」に分けて二つの事項を丸で囲んでください。
- ⑫欄の（イ）欄は、（ア）欄又は（ウ）欄で「はい」又は請求中に○を付けた方のみ、基礎年金番号を記入してください。
（エ）欄は（ウ）欄で「はい」と○を付けた方のみ、老齢退職年金給付の年金証書又はこれに準ずる書類に記載されている年金コード又は記号番号もしくは番号を記入してください。
- ⑲欄は、被保険者の署名捺印を、⑳欄には、事業所の受領代理人の署名捺印を必ずしてください。
- ㉑欄は退職後の請求である場合に振込先（銀行名、支店名、預金種目、口座番号、口座名義人）を記入してください。この場合、委任状欄は記入する必要はありません。
- 傷病が第三者行為によるものであるときは、別に「第三者の行為による傷病届」をこの請求書に添付してください。

【添付書類】

- 「初回申請分」には、申請期間とその期間前1ヵ月分の賃金台帳と出勤簿（タイムカード）の写を添付してください。なお、役員等の場合で賃金台帳と出勤簿がない場合は、「議事録の写」を添付してください。
- ⑫の（ア）欄、（ウ）欄で「はい」に○を付けた方は、障害（手当）年金・老齢退職年金給付の年金証書又はこれに準ずる書類の写し及びその額及び支給開始年月を証明する額並びに、その直近の額を証明する書類（年金額改定通知書等）を添付してください。

●事業主へのお願い

- 長期にわたり療養が見込まれる方は月毎に請求するようお願いいたします。
- ⑰欄の（ア）「全額支給」又は（イ）「一部支給」とは1日当たりの賃金の全部、又は一部の意味です。また、必要に応じて証明書類を提出していただくことがあります。
- 資格を喪失した後に請求される場合でも労務に服さなかった期間で資格を有する期間が含まれているときは、事業主の証明を必要と致します。

●医師へのお願い

- ⑳欄は複数の傷病名がある場合、傷病名欄は(1)から主たる病名を順次記入してください。
- ㉑欄は同一疾病または因果関係がある疾病についてなるべくその疾病の初診の日を記入してください。
- ㉒欄は治療期間でなく療養のため就労できなかったと認められる期間を記入してください。また、証明日以前の期間のみに限ります。
- ㉓欄は「療養のための休務」の決定に重要となりますので、詳しく記入してください。特に手術した場合は手術年月日を必ず記入してください。