

**(被保険者の) 注意事項**

2 1  
 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、仕上工等  
 12欄は、具体的に記入して下さい。外傷性疾患については、別に「負  
 傷原因調査書」を添付して下さい。第三者の行為によるものについては、「第三  
 者の行為による傷病届」を添付して下さい。

5 4 3  
 (15)欄の入院期間は、(13)欄の期間内で入院したことがある場合のみ記入して下さい。  
 (13)欄の期間は原則として(17)の期間と一致するものですから注意して下さい。

※ 支給・不支給 決議書	同年月日	年	月	日	常務理事	事務長	係
	支給額	拾万	万	千	百	拾	円
	支給期間	日数	日額	金額	資格	療養給付開始	法第46条 該不
	支給決定額	期間	理由	日間	資 格 喪 失	入院期間	日
報酬平均日額	全部不支給	理由	日間	前 始	被扶養者	照合印	該不
円	一部不支給	理由	日間	回 終	該当条文	55条・58条	

健康保険

**傷病手当金請求書 (その1)**

(1) (第 回目)

(2) 被保険者証の	(記号) (番号)	(3)被保険者の 氏名と押印	(社員番号)	(4) 印
(5) 被保険者 現住所	郵便番号	TEL		電話番号
(6) 事業所 の名称 所属・電話			(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	平成 年 月 日	(9) 被保険者の業務 の種別		
(10) 発病又は負傷 の年月日	平成 年 月 日	(11) 傷病名		
(12) 発病の状態 又は負傷の原因を詳しく				
(13) 疾病又は負傷 の療養をするため 休んだ期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで ( 日間)			
(A) 上の(13)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			
(14) 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 報酬額支払の基礎 となった(なる)期間	年 月 日から		の分として 円	
(A) うえの(13)に 書いた期間中に 入院した期間が ありますか	あ る ・ な い			
(15) (B) 入院した 期間がある	(ア) 病院名	(イ) 病院の 所在地		
(ウ) 入院した 期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで 日間			
(16) 老齢又は 退職を支給事由 とする年金を受 給しているとき 注	(エ) 老齢年金 の名称	(オ) 基礎年金 番号	(カ) 年金コード (記号番号)	(キ) 年金額 (年 額)
	百 拾 万 千 百 拾 円			(ク) 受給開始 年月日
				昭・平 年 月 日

(健康保険法施行規則第五十七条)

注 ①年金証書(写し)・②支給開始年月を証明する書類・③直近の受給額がわかる書類を添付して下さい。

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。

(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

備考欄	
-----	--

\*在籍者の振込先は給与の第1口座になりますので記入は不要です。ただし、給与口座が郵便局の場合は下記に郵便局以外の金融機関をご記入ください。

給付金の振込希望銀行	銀行	店
	預金の種別	普通・当座
	フリガナ	号
	預金の名義人	

受付日付印

## 傷病手当金請求書(その2)

(1) (第 〇〇 回目)

### 事業主証明上の注意

3 2 1  
(24)の事業主印は法人にあっては法人の印を使用して下さい。  
資格喪失の日後については証明する必要はありません。  
(19)欄は該当する欄に算出記入して下さい。

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								
	(18) 上記の期間中の分として支払う報酬関係	(19) 全額支給した期間又は支給する期間	年 月 日から 年 月 日まで	金 円 の分 ( 月 日支払)	( 日 額 ) ( 金 円 )					
		(20) 一部支給した期間又は支給する期間	年 月 日から 年 月 日まで	金 円 の分 ( 月 日支払)	( 日 額 ) ( 金 円 )					
	(21) 支払った報酬の内訳 (種類の該当が無い時は補記して記入)	形態	月給・日給月給・日給・歩合給・その他 ( ) *該当の形態を○で囲む							
	種類	基本給	役付手当	通勤費	残業手当				欠勤調整	計
	月分									円
	月分									円
うえのとおり相違ないことを証明します。										
事業主 (22) 住所 年 月 日 (24) (23) 氏名 (印) 電話 ( ) 番										

### 医師の注意事項

3 2 1  
また結核性の疾病については、検疫成績、安静度、赤沈値、理学所見などを記載して下さい。  
(29)の欄は、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とする。  
(34)は、それぞれ該当する文字を丸でかこんで下さい。  
(32)の欄は、なるべく詳しく記載して下さい。特に手術した場合は手術の名称と手術年月日を、

療養を担当した医師が意見を書くところ	(25) 傷病名		(26) 傷病が結核性であるか否か	結核性・非結核性							
	(27) 発病または負傷の原因										
	(28) 発病または負傷の年月日	年 月 日	(29) 療養の給付を開始した年月日	年 月 日							
	(30) 労務不能と認められた期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間	(31) 左の期間中の診療実日数	日間						
	(32) 傷病の主状態および経過概要										
	(33) うえの(30)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	(34) 入院の費用の別	健保・自費・公費						
	うえのとおり相違ないことを証明します。										
医師 (35) 住所 年 月 日 (37) (36) 氏名 (印) 電話 ( ) 番											

#### (共通する注意)

1. 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を訂正印として下さい。
2. 印はハッキリと押し、印洩れのないようにして下さい。