

(被保険者の
注意事項)

2 1

(9)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、仕上等
 (12)欄は、具体的に記入して下さい。
 (11)欄は、具体的に記入して下さい。
 (10)欄は、具体的に記入して下さい。
 (8)欄は、具体的に記入して下さい。
 (7)欄は、具体的に記入して下さい。
 (6)欄は、具体的に記入して下さい。
 (5)欄は、具体的に記入して下さい。
 (4)欄は、具体的に記入して下さい。
 (3)欄は、具体的に記入して下さい。
 (2)欄は、具体的に記入して下さい。
 (1)欄は、具体的に記入して下さい。
 者の行為による傷病届を添付して下さい。

5 4 3
 ※印の欄は記入しないで下さい。
 (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。

※	同年月日	年	月	日	常務理事	事務長		係
支給	支給額	拾万	万	千	百	拾	円	
・	支給期間	日数	記入不要			療養給付 開始		
不	支給決定額					入院 期間		法第 46条 該不
支	標準報酬月額	全部 不支給	期間	理由	日間	前 始		
給	決議書	一部 不支給	期間	理由	日間	回 終		
決	額	千円				該当条文	55条・58条	被扶養者 照合印

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)	1	(3)被保険者の(社員番号)	〇〇〇〇	(4)	印
(2) 被保険者証の(番号)	1 2 3 4 5	氏名と押印	三菱 太郎		
(5) 被保険者現住所	郵便番号 〇〇〇 - 〇〇〇	〇〇県〇〇市〇〇町〇 - 〇〇 - 〇		電話番号	(〇 〇) 〇 〇 〇 - 〇 〇 〇
(6) 事業所の名称 所属・電話	三菱UFJニコス株式会社 東京都文京区本郷3-33-5 TEL 〇〇-〇〇〇-〇〇〇	(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 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	(9) 被保険者の業務の種別	営業事務		
(10) 発病又は負傷の年月日	平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	(11) 傷病名	肺炎		
(12) 発病の状態又は負傷の原因を詳しく	風邪をこじらせ咳が止まらなくなってしまい呼吸が苦しく入院する。				
(13) 疾病又は負傷の療養をするため休んだ期間	平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 から 平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 まで (〇〇 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	〇〇年 〇〇月 〇〇日から 〇〇年 〇〇月 〇〇日まで の分として 〇〇〇〇円				
(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	(ア) 病院名	〇〇〇総合病院	(イ) 病院の所在地	〇〇県〇〇市〇〇町〇 - 〇〇 - 〇	
	(ウ) 入院した期間	平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 から 平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 まで 〇〇 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	(イ) 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	

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。

保険証の記号1番・21番の方の振込先は給与口座になりますので記入は不要です。それ以外の方はご本人名義の口座を下記にご記入ください。

給付金 振込希望銀行 (旧郵便局不可)	銀行	店	
	預金の種別	普通・当座	号
	フリガナ	預金の名義人	

受 付 日 付 印

(健康保険法施行規則第五十七条)

傷病手当金請求書(その2)

(1) (第 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。
 (19)(20)欄は、該当する欄に算出記入して下さい。
 資格喪失の日後については証明する必要はありません。

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) 全額支給した期間又は支給する期間	年	月	日から	年	月	日まで	金 円 (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 (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
	※在職期間中について、会社で証明をもらう。								
	月分								円
									円
	うえのとおり相違ないことを証明します。								年 月 日 (24)
	事業主	(22) 住所							(印)
		(23) 氏名							(印)
			電話	()				番	

医師の注意事項

- 3 2 1
 (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記載するものと併せて、被保険者証の「療養給付記録欄」を見て記載して下さい。
 (29)(26)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併せて、被保険者証の「療養給付記録欄」を見て記載して下さい。
 また結核性の疾病については、検痰成績、安静度、赤沈値、理学所見などを記載して下さい。

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	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	※病院で証明をもらう。							
	(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	日間	(34) 入院の費用の別	健保・自費・公費		
		年	月	日まで	日間				
	うえのとおり相違ないことを証明します。								年 月 日 (37)
	医師	(35) 住所							(印)
		(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。