

受付年月日	令和 年 月 日	<table border="1"> <tr><th colspan="5">決裁</th></tr> <tr> <td>常務理事</td> <td>事務長</td> <td>係員</td> <td>係員</td> <td>担当</td> </tr> </table>					決裁					常務理事	事務長	係員	係員	担当
決裁																
常務理事	事務長	係員	係員	担当												
伺年月日	令和 年 月 日															
決裁年月日	令和 年 月 日	資格取得	昭・平・令 年 月 日													
※支給支払決議書	支給額	円	資格喪失	令和 年 月 日												
	支給内訳	傷病手当金 円	標準報酬月額	千円(第 級)												
		傷病手当付加金 円	障害年金額・日額障害手当額	円(日額 円)												
	支給開始	令和 年 月 日	老齢(退職)年金額	円(日額 円)												
	支給期間	自令和 年 月 日 日間 至令和 年 月 日 日間	全部・一部不支給	期間	令和 年 月 日から 日 まで 円											
前回	始 令和 年 月 日 終 令和 年 月 日	理由														
		備考														

傷病手当金・傷病手当付加金請求書(第 回目)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者の記号・番号		② 被保険者の業務の種別		
	③ 事業所の名称及び所在地	名称		所在地	
	④ 資格を取得した年月日	令和 年 月 日	⑤ 標準報酬月額	000円	
	⑥ 介護保険のサービスを受けたとき	保険者番号		被保険者番号	保険者名称
	⑦ 発病又は負傷の年月日	平成 令和 年 月 日	⑧ 傷病名		
	⑨ 発病又は負傷の原因				⑩ 第三者行為によるものですか いいえ・はい
	⑪ 労務に服することができなかった期間	令和 年 月 日から 日 まで	日間		
	⑫ 上記期間の報酬の全部又は一部を受けたとき、又は受けることができるときは、その報酬額及び期間	令和 年 月 日から 日 まで	円 円 受けた報酬額 受けることができる報酬額		
	⑬ 障害年金、障害手当金を受けているとき、又は受けることができるとき	⑭ 年金の種類	障害年金・障害手当金	⑮ 年金額	⑯ 年金の支給事由となった傷病名
		⑰ 年金を受けることとなった年月日	令和 年 月 日	⑱ 障害年金を受けている場合は基礎年金番号・年金コード	
	⑭ 任意継続被保険者の方	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			はい・請求中・いいえ
		⑳ 老齢(退職)年金の名称	㉑ 基礎年金番号及び年金コード又は記号番号若しくは番号	㉒ 受給年月日	㉓ 年金額
				令和 年 月 日	円
				令和 年 月 日	円
			㉔ 年金の合計額	円	
⑮ 振込希望の金融機関名	金庫 銀行 組合 支店 ( 普通 当座 No. )				
⑯	上記のとおり請求します。 令和 年 月 日				
⑰	被保険者の住所 〒 氏名				
	サクサ健康保険組合理事長 殿				

事業主が証明するところ	⑰ 労務に服さなかった期間	令和 年 月 日から 日 まで	日間
	⑱ 上記の期間中の分として支払う報酬関係	㉕ 全額支給した場合、又は支給する場合	令和 年 月 日から 日 まで の分として 金 円 日額 ( 月 日支払 ) (金 円)
		㉖ 一部支給した場合、又は支給する場合	令和 年 月 日から 日 まで の分として 金 円 日額 ( 月 日支払 ) (金 円)
		㉗ 現在までも、将来も支給しない場合は、その旨	
⑲	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日		
	事業主	住所 〒 氏名	電話 局( ) 番

療養を担当した医師が意見を書くところ	⑳ 傷病名		㉑ 発病又は負傷の原因		
	㉒ 発病又は負傷の年月日	平成 令和 年 月 日	㉓ 療養の給付を開始した年月日	平成 令和 年 月 日	
	㉔ 労務不能と認められた期間	令和 年 月 日から 日 まで	日間	㉕ 診療実日数	日間
	㉖	傷病の主症状および経過概要			
	㉗ 上記の期間中に入院をした期間がある場合はその期間	令和 年 月 日から 日 まで	日間	入院費用の別	健自 保費・公 費その他
	㉘	上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日			
	医師	住所(所在地) 〒 医療機関名 氏名	電話 局( ) 番		

委任状	⑲ 私は 令和 年 月 日 請求した傷病手当金・傷病手当付加金のうち 円也の受領に関すること。
	令和 年 月 日 被保険者(請求者)の住所 〒 氏名 代理人の住所 〒 氏名
⑳	振込希望の金融機関名 金庫 銀行 組合 支店 ( 普通 当座 No. )

記入方法については裏面の記載事項を御覧の上ご記入ください。

● **被保険者の注意事項**

- ア. ①は健康保険の被保険者の記号・番号を記入下さい。④は資格取得日を記入ください。
- イ. ⑥の欄は療養のため、勤務に服することが出来ない期間中に介護保険法によるサービスを受けたときには保険者番号、被保険者番号、保険者名を記入してください。
- ウ. ⑨欄は(〇〇年〇〇月〇〇日午前〇〇時ころ)。どこで(自宅で)どうしているうちに(清掃中)どういうふうになって(二階の階段から足を踏み外して)どこを(右下腿部を打撲した)というようにくわしく記載して下さい。
- エ. ⑬欄は、同一の疾病又は負傷およびこれによって発した疾病により、障害年金、障害手当金を受けている場合に記入するとともに障害年金該当者は障害年金証書の写、支給開始並びに直近の額を証する書類を、又障害手当金の該当者はその支給額を証する書類を添付してください。
- オ. ⑬欄で障害年金、障害手当金を現在請求中の場合(受けることができる)は、⑭欄のみにその旨を記入して下さい。
- カ. ⑬⑰欄は、受けている年金を○で囲んで下さい。
- キ. ⑬⑱⑲⑳欄は、障害年金を受けている場合又は、障害手当金を受けている場合は、それぞれの支給を証する書類等みて記入してください。
- ク. ⑬㉔欄は障害年金を受けている人は、その年金証書の記号番号をみて記入して下さい。
- ケ. ⑭㉔の欄は現在の年金受給状況を○で囲んで下さい。
- コ. ⑭⑱㉔㉕㉖欄は支給を証する書類等を見て記入してください。
- サ. ⑭㉔欄は年金の合計額を記入してください。  
※⑭欄の補足  
老齢又は退職を支給事由とする年金該当者につきましては、平成13年3月28日付厚生労働省保険局保険課企画法令第1係より健康保険組合事務担当者宛事務連絡がなされ傷病手当金請求者に対しては請求書に老齢給付の年金証書又はこれに準ずる書類の写し、その額その支給開始年月を証する書類と直近の額を証明する書類等を添付させることとなっておりますので、被保険者に対しては本連絡を参照のうえご指導をお願いします。
- シ. ⑮欄は、被保険者(本人)が直接受領するときに、被保険者の希望する振込機関名を記入して下さい。
- ス. 傷病が第三者の行為によるものであるときは、「第三者行為による傷病(死)届」を作って、この請求書に添付して下さい。
- セ. ㉑欄は、委任により代理受領するときに、代理人の希望する振込機関を記入して下さい。
- ソ. ※印の欄には記入しないで下さい。

事業主の注意事項

- ア. ⑱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あること。
- イ. ⑱欄の㉔と㉕にわたるときは、両欄にそれぞれの事柄を記載すること。
- ウ. ⑱欄の㉖の欄は、「現在までも、また将来も支給しない」と記載して下さい。
- エ. ⑲欄は、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、事業主の証明を要しません。

医師の注意事項

- ア. ㉓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して下さい。
- イ. ㉔欄は、なるべく詳しく記載して下さい。主たる症状及び経過、治療内容、検査結果、療養指導など、また労務不能と認められた医学的所見を詳しく記入して下さい。
- ウ. 意見記入欄は、重要な判断材料となりますので楷書体にて漏れなくご記入ください。乱筆で読めない場合、書き直して頂く場合があります。

● **その他共通する注意事項**

- ア. 訂正したところは、訂正印を押して下さい。
- イ. ⑩、⑰、㉔の期間の計算は、両端を入れて間違いなく計算してください。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。