

支給決定 伺	支給額	円		常務理事	事務長	係長	担当	
	算出基礎							
	支給開始	平成	年 月 日	標準報酬月額	千円		前資格取得・喪失日 ( - )	
	支給期間	自平成	年 月 日	資格取得	昭・平	年 月 日	昭・平	年 月 日
		至平成	年 月 日	資格喪失	平成	年 月 日	昭・平	年 月 日
前回	始	平成	年 月 日	備考				
	終	平成	年 月 日					

## 健康保険傷病手当金請求書 (第 回目)

その1

大阪機械工具商健康保険組合理事長 殿

記入するときは、裏面の注意事項をよく読んで誤りのないようして下さい。

この欄の訂正は被保険者(請求者)の印

被保険者(請求者)が記入する欄	被保険者証の記号・番号	-	事業所の名称		被保険者の業務の種類		
	被保険者(請求者)の氏名・印	(相続人からの請求の場合は被保険者氏名: )		被保険者の生年月日	明昭	年 月 日	
	被保険者(請求者)の住所・電話番号	〒		電話	( )		
	請求期間(病気又はけがのために休んだ期間)	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	左の期間に対して給料を受けたかどうか	イ、全部受けた ロ、一部受けた ハ、全部受けられる ニ、一部受けられる ホ、受けられない	自至	年 月 日 日 分	
	傷病名及び傷病の経過	負傷(ケガ)は第三者の行為によるものですか			負傷(ケガ)の原因・状況		
		ケガ⇒	はい [別途「負傷届」を提出して下さい]	いいえ [右欄に記入して下さい]	(いつ)	年 月 日 時 分頃	
		病気⇒	発病の原因		発病の年月日		
		老人保健法による医療を受けていますか		市町村番号	受給者番号	発行機関名	
		いいえ ・ はい ⇒				(何をしていた、どう負傷したか)	
		障害厚生年金又は障害手当金を受けていますか		基礎年金番号	障害厚生年金又は障害手当金の受給の原因となつた傷病名		
		いいえ ・ 請求中 ・ はい ⇒					
	<b>任意継続被保険者の方及び資格喪失者の方</b>						
		老齢又は退職を事由とする公的年金を受けていますか		基礎年金番号	年金を受給されている方は年金証書の記号番号	年金額	
		いいえ ・ 請求中 ・ はい ⇒				円	
	振込先	銀行 金庫 組合 農協	店 支店 出張所	口座預金種別		預金口座名義人の氏名	
金融機関			普通 貯蓄 当座 別段		リカナ		
			預金口座番号				
医師が意見を記入するところ	傷病名			⑳ 傷病の主症状及び経過の概要			
	発病又は負傷の原因						
	発病又は負傷の年月日	昭和 平成	年 月 日				
	診療を開始した年月日	昭和 平成	年 月 日	㉑ ⑲の期間中の診療実日数	㉕ 医師の住所(所在地)・医療機関名・氏名・印		
	㉑ 労務不能と認められた期間	平成	年 月 日から 平成 年 月 日まで		( )		
	㉒ うえの期間のうち入院した期間	平成	年 月 日から 平成 年 月 日まで				電話 ( )
受取代理人の欄	㉔ 本請求に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。						
	平成 年 月 日		被保険者(請求者)の住所		氏名		
	代理人の氏名・印		被保険者(請求者)との関係		代理人の住所・電話番号等		
	(印)	〒		電話 ( )			

この欄の訂正は医師の印

# 傷病手当金事業主証明欄

その2

当用紙(その2)については、その1と切り離して使用していただいても差し支えありません。

この欄の訂正は事業主の印

⑳ 被保険者証の記号・番号 -	㉔ 被保険者の氏名 -	㉕ 被保険者の業務の種類 -					
㉙ の期間のうち 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		ただし 期間は 日間 ただし 有給休暇				
㉚ 職場復帰 しましたか	ア、欠勤中(証明日現在) イ、月 日から出勤 ウ、月 日付で退職	㉛ ㉙ の期間に対する 報酬を支給して いるかどうか	イ、全額支給した ハ、全額支給する ホ、支給しない ロ、一部支給した ニ、一部支給する				
㉜ 報酬の支給形態 ア、月給制 ウ、日給制 オ、その他( )	㉞ 報酬の締切日・支払日 (締切日) (支払日) 日締め 日払い	㉟ 欠勤した場合の報酬の支給方法(控除計算方法) ・基本給は ア、控除しない イ、控除する( ) ・請手当は ア、控除しない イ、控除する( ) その他( )					
㊦ ㉙ の期間中における報酬(今後支払う予定のものを含む)の支給額等について、報酬の締切ごとに記入して下さい							
	基本給	家族手当	役付手当	通勤手当	手当	手当	手当
欠勤しなかった場合の 1ヶ月の報酬支払額	円	円	円	円	円	円	円
実際の報酬支払額	年月 日から	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /
	年月 日まで	円	円	円	円	円	円
	年月 日から	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /
	年月 日まで	円	円	円	円	円	円
年月 日から	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /
年月 日まで	円	円	円	円	円	円	円
㉟ 備考							
㊧ うえのとおり相違ありません。  平成 年 月 日  事業所の所在地 事業所の名称 事業主氏名・印							

(印)

## 記入するときの注意事項

- ・記入するときには、鉛筆は使用しないで下さい。
- ・記入もれのないように注意して下さい。
- ・支給決定に際し、別途、必要書類の提出を求める場合があります。
- ・退職後、傷病手当金を受給される方が老齢厚生年金を受けられる場合、傷病手当金は支払調整されます。

### (被保険者(請求者)が記入するところ)

- ・ 欄 あなたの健康保険被保険者証に記載されている記号番号を忘れず記入して下さい。
- ・ 欄 あなたの仕事の種類を具体的に(事務、営業、配送などのように)記入して下さい。  
既に退職している場合は、退職の直前の仕事の内容を記入して下さい。
- ・ 欄 印鑑は、はっきりと押して下さい。ただし、被保険者(請求者)が自ら署名する場合は、被保険者(請求者)の押印は省略できます。  
〔 被保険者が死亡した場合は、相続人から請求することができます。この場合、4欄には請求者の氏名を記入し、( )内に被保険者であった者の氏名を記入して下さい。  
また相続人であることが確認できる書類「戸籍謄本」等を添付して下さい。〕
- ・ 欄 郵便物が確実に届くよう、「 方」「 アパート」等まで記入して下さい。
- ・ 欄 通算日数を間違えないようによく確かめて記入して下さい。
- ・ 欄 イ～ホのうち該当するものを で囲み、休んだ期間に対して給料を受けた(受けられる)ときは期間、金額を記入して下さい。
- ・ 欄 労務不能の原因となった傷病名を記入し、ケガ・病気のいずれか該当する方を で囲んで下さい。
- ・ 欄 欄に記入した傷病名がケガのときは、いずれか該当する方を で囲んで下さい。  
「はい」を で囲んだときは、別途、当組合に備えてあります「負傷届」等を添付して下さい。  
「いいえ」を で囲んだときは、欄にケガの原因・状況を記入して下さい。(欄に記入した場合でも、内容によっては、別途「負傷届」の提出を求めることがあります。)
- ・ 欄 欄に記入した傷病名が病気のときは、発病の原因等を記入して下さい。
- ・ 欄 いずれか該当するものを で囲んで下さい。  
障害厚生年金を受けているときは、基礎年金番号及び年金証書の記号番号・受給の原因となった傷病名を記入して下さい。また、「障害厚生年金(同一支給事由で障害基礎年金を受けているときは、障害厚生年金及び障害基礎年金)の年金証書の写」及び「支払通知書の写」を添付して下さい。  
障害手当金を受けたときは、基礎年金番号・受給の原因となった傷病名を記入し、「支払通知書等の写」を添付してください。この場合、障害手当金を受けた日以後で、傷病手当金の支給の停止された期間について医師の意見、事業主の証明が必要な場合があります。

### (医師が意見を記入するところ)

- ・ ⑳欄 労務不能と認めた傷病の症状経過をわかりやすく記入して下さい。  
医師または歯科医師の意見書が外国語で作成されているときは、日本語の翻訳文(翻訳者の氏名、住所等を記載したもの)を添付して下さい。

### (被保険者(請求者)又は受取代理人が記入するところ)

- ・ 欄 銀行等の預金口座については、希望の銀行等の名称、店名、口座預金種別(該当するものを で囲んで下さい)、預金口座番号、預金口座名義人の氏名を記入して下さい。  
ただし、被保険者(請求者)名義のものに限ります。(受領委任をするときは、受取代理人名義のものを記入して下さい。)
- ・ ㉑欄 この給付金の受取りを代理人に委任する場合は「受取代理人の欄」に被保険者(請求者)及び受取代理人それぞれが氏名、住所等を記入し、押印して下さい。  
(この欄の被保険者及び受取代理人の押印は省略することができません。)

「事業主が証明するところ」欄及び「医師が意見を記入するところ」欄については、健康保険法施行規則により労務不能期間及び受けることができなかった報酬の額と期間等に関する事業主の証明書、加えて疾病等の発生した年月日、経過の概要等及び労務不能期間に関する医師等の意見書を添付しなければならない、また、請求書に相当の記載を受けたときは証明書・意見書の添付は要しないものとする、と定められておりますので、当組合におきましては、業務の円滑な処理を行うため傷病手当金請求書にその記載欄を設けております。

ただし、事業主証明欄及び医師意見欄を別用紙とした傷病手当金請求書も備えてありますので、必要な場合は当組合に申し出て下さい。

## 記入するときの注意事項

- ・記入するときには、鉛筆は使用しないで下さい。
- ・記入もれのないように注意して下さい。
- ・支給決定に際し、別途、必要書類の提出を求める場合があります。
- ・あなたが勤務している事業所の事業主に記入してもらって下さい。
- 既に退職している場合は、退職日後にかかる証明は必要ありません。

### 〈事業主が証明するところ〉

- ・ ③⑩欄 出勤簿等に基づいて厳正に記入して下さい。  
期間中に、出勤した日や有給休暇の日があれば、「ただし」欄にその日付を記入して下さい。
- ・ ③⑫欄 イ～ホのうち該当するものを で囲んで下さい。
- ・ ③⑮欄 欠勤した場合の報酬の支給方法(控除計算方法)について、該当するものを全て で囲み、必要に応じ具体的な控除計算方法を記入して下さい。
- ・ ③⑯欄 労務に服さなかった期間にかかる給料の支払状況等について、次により記入して下さい。
  - 1 家族・役付・通勤の他に、月を単位として諸手当が支給されている場合は、空欄にその名称を記入して下さい。ただし、超過勤務にかかる手当は除いて下さい。
  - 2 「欠勤しなかった場合の1ヶ月の報酬支払額」欄について
    - (1) 日給制の場合は、基本給の欄に「@」と表示し、日額を記入して下さい。
    - (2) 通勤手当が数ヶ月分まとめて支払われるような場合は、通勤手当の欄に支払月・対象期間・支払額を記入して下さい。
  - 3 「実際の報酬支払額」欄について
    - (1) 各月の給料の締切ごとに区分して下さい。
    - (2) 金額は、当該期間に実際に支払った給料の額を記入して下さい。
    - (3) 「 / ~ / 」は、欠勤控除をした場合などに、実際に支払った給料の支払対象とした期間を記入して下さい。
- ・ ③⑳欄 記載内容について、事業主の証明を行って下さい。  
法人事業所の場合は、法人印と代表者印を押して下さい。

以上の内容でわからないことがありましたら、当健康保険組合へおたずね下さい。