

健康保険 傷病手当金・傷病手当金付加金請求書

① (第 1 回)

(記入については裏面をご覧ください)

② 被保険者証の記号・番号	記号 54 番号 30	③ 被保険者(請求者)の氏名と印	大野 太郎
④ 被保険者(請求者)の住所	〒179-2234 練馬区田柄 1-1-3		電話番号 03 (3990) 1234
⑤ 事業所の名称	駿河台信用金庫	⑦ 被保険者の標準報酬月額 千円 410	⑧ 被保険者の業務の種別 事務員
⑨ 発病又は負傷の年月日	平成〇〇年 5月 1日	⑩ 傷病名	脳梗塞
⑪ 発病の状態又は負傷の原因を詳しく	不詳		
⑫ 発病又は負傷のため休んだ期間	令和〇〇年 5月 1日 から 令和〇〇年 5月 31日 まで	31 日間	⑬ 第三者行為によるものですか はい <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/>
⑭ うえの⑫に書いた期間の分として報酬を受けましたか、又は今後受けられますか	受けた <input type="checkbox"/> 受けない <input checked="" type="checkbox"/> 今後受ける・今後も受けない		
⑮ 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	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	の分として	円
⑯ 障害厚生年金又は障害手当金を受給していますか	はい <input checked="" type="checkbox"/> 請求中	⑰ 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	⑱ 基礎年金番号
⑲ 資格喪失した方で、その後も継続して傷病手当金を申請する場合、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・いいえ・請求中		
上記で「はい」又は「請求中」と答えた場合、基礎年金番号、年金コード、支給開始年月日、年金額を記入してください (「請求中」と答えた場合は、基礎年金番号のみを記入してください)	基礎年金番号	年金コード	
	支給開始年月日	年金額	
	平成 年 月 日	円	
⑳ 労災保険から休業補償給付を受けている期間の傷病手当金の申請ですか	はい・いいえ 労災請求中		
上記で「はい」又は「労災請求中」と答えた場合、支給元又は請求先の労働基準監督署名を記入してください	支給(請求)労働基準監督署名 労働基準監督署		

本請求に基づく給付金の受領を代理人に委任します。 令和〇〇年 6月 7日

被保険者(請求者)の住所 〒179-2234 練馬区田柄 1-1-3
氏名 大野 太郎

代理人(事業主)の住所 〒101-0062 東京都千代田区神田駿河台 1-1-1
氏名 駿河台信用金庫 理事長 堀 一郎

支給期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 (日間)
支給額	日額 日数 事業主報酬額
法定	円×2/3 × 日 - = 円
付加	円×2/10 × 日 - = 円

資格	昭和 年 月 日	係	※ 処理区分 1 法定・付加 2 法定のみ 3 付加のみ
得	平成 年 月 日		
喪	令和 年 月 日		

東京都信用金庫健康保険組合

令和〇〇年 6月 7日提出

受付日付印

※ 記号・番号を記入した場合、検査欄への記入は不要です。
※ 傷病手当金・休業補償給付の請求は、労働基準監督署に提出する必要があります。
※ 傷病手当金・休業補償給付の請求は、労働基準監督署に提出する必要があります。

⑭ 業務に服さなかった期間	令和〇〇年 5月 1日 から 令和〇〇年 5月 31日 まで	31 日間
⑮ うえの期間中の分として、報酬を全額又は一部支給した場合又は支給する場合	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	の分として (月 日支払) (日額 円)
	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	の分として (月 日支払) (日額 円)
	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	の分として (月 日支払) (日額 円)
⑯ 現在までも、また将来も支給しない場合は、その旨	現在までもまた将来も支給しない。	
⑰ うえのとおり相違ないことを証明します。	令和〇〇年 6月 7日	
⑱ 事業所所在地	101-0062 東京都千代田区神田駿河台 1-1-1	
⑲ 事業所名称	駿河台信用金庫	
⑳ 事業主氏名	理事長 堀 一郎	
	電話 03 (3333) 5678	番

① 患者氏名	大野 太郎		
② 傷病名	脳梗塞		
③ 発病又は負傷の原因	不詳		
④ 発病又は負傷の年月日	平成〇〇年 5月 1日	⑤ 療養の給付を開始した年月日(初診日)	平成〇〇年 5月 1日
⑥ 労務不能と認められた期間	令和〇〇年 5月 1日 から 令和〇〇年 5月 31日 まで	31 日間	⑦ 左の期間中の診療実日数 3 日間
⑧ ⑥の期間のうち入院した期間	令和〇〇年 5月 1日 から 令和〇〇年 5月 31日 まで	31 日間	⑨ 療養費用の別 手術年月日 令和〇〇年 5月 日
⑩ ⑥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、療養指導」等(詳しく)	令和〇〇年 5月 1日、頭痛、吐き気のため入院。MRIにて脳梗塞と認めた。5月15日手術施行。現在リハビリ中。 症状経過からみて従来職種について労務不能と認められた医学的な所見 現在も通院治療、リハビリが必要なため、労務不能である。		
⑪ うえのとおり相違ありません。	令和〇〇年 6月 6日		
⑫ 医療機関所在地	品川区東大井 1-2-3		
⑬ 医療機関の名称	東南病院		
⑭ 医師の氏名	水島 一		
	電話 03 (3764) 2345	番	

〔記入上の注意〕

- ⑦は「事務員」「警備員」など具体的に記入してください。
- ⑬欄の（ア）欄で「はい」又は「請求中」に該当した方は、（イ）欄に当該年金（手当金）受給の原因となった傷病名を、（ウ）欄に基礎年金番号を記入してください。
- 介護保険法の規定による居宅介護サービス等を受けている場合、同法に規定する被保険者証の保険者番号、被保険者番号及び保険者の名称を下記に記入してください。

介護保険法の医療を受けていたとき	
保険者番号	
被保険者番号	
保険者名称	

- ※の欄は記入しないでください。

<添付書類>

初回申請分については、当該期間にかかる「出勤簿」「賃金台帳」を添付してください。

なお、⑭・⑮欄（年金関係）に該当している方は、年金額、支給開始日等が確認できる証書の写しを添付してください。

〔事業主へのお願い〕

- ⑯欄は報酬がない場合「現在までも、また将来も支給なし」と記入してください。
- 資格喪失後の請求期間について、事業主の証明は必要ありません。

〔療養担当者へのお願い〕

- ⑳欄は複数の傷病名がある場合、主たる傷病名から順次記入してください。
- ㉑欄は治療期間ではなく、「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。

〔その他〕

資格喪失後における期間について付加金の支給はありません。