|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受付年月日 | | | | 令和　　　　年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | 決　　　裁 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | 常務理事 | | | | | | 事務長 | | | | | | | 係 | | | | | | 被扶養者  の照合 |
| 伺年月日 | | | | 令和　　　　年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | |  |
| 支払年月日 | | | | 令和　　　　年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | |
| ※  支  給  支  払  決  議  書 | 支給決定額 | | | 円 | | | | | | | | | | | | | | | 資格取得日 | | | | | | | | | | | | 平成・令和　　　　年 　　　月 　　　日 | | | | | | | | | | | | | |
| 支給  内訳 | | 法定 | 円×　　　日＝　　　　円 | | | | | | | | | | | | | | | 資格喪失日 | | | | | | | | | | | | 令和　　　　　年 　　　月 　　　日 | | | | | | | | | | | | | |
| 付加 | 円×　　　日＝　　　　円 | | | | | | | | | | | | | | | 標準報酬月額 | | | | | | | | | | | | 円（日額　　　　　円） | | | | | | | | | | | | | |
| 支給開始 | | | 令和　　　　年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | 従前 | | | | | | | | | | | | 円（日額　　　　　円） | | | | | | | | | | | | | |
| 支給期間 | | | 自令和　　　年　　　月　　　日  至令和　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | 日間 | | | | 全部・一部  不支給 | | | | | | | | 期間 | | | | 年　　　月　　　日から　　日間  年　　　月　　　日まで　　　円 | | | | | | | | | | | | | |
| 前回請求期間 | | | 自令和　　　年　　　月　　　日  至令和　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | 日間 | | | | 理由 | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 備考 | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| **傷病手当金支給申請書**　　　　　（第　　　　回目） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| 事業所担当者 | |
|  | |
| 被　保　険　者　が　記　入　す　る　と　こ　ろ |  | 被保険者等の  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 | | | 年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | ⑤ | | 標準報酬月額 | | | | | | | | **000**円 | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑥ | 老人保健法の医療を受けたとき | | | 市町村  番　号 | | | | | |  | | | | | | | | | 受給者  番　号 | | | |  | | | | | | | | | 発　行  機関名 | | | | | |  | | | | | |
| ⑦ | 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 | | | | |  | | | | | | | |
| ⑧ | 発病又は負傷の年月日 | | | 年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | ⑨ | | 傷　病　名 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑩ | 発病又は  負傷の原因 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ⑪  　第三者行為によるものですか | | | | | | | | |
| いいえ　・　はい | | | | | | | | |
| ⑫ | 労務に服することが  出来なかった期間 | | | | | | 年　　　　　月　　　　　日から  年　　　　　月　　　　　日まで | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 日間 | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑬ | 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 | | | | | | 年　　　　　月　　　　　日から  年　　　　　月　　　　　日まで | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 日間 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受けた報酬額  受けることができる報酬額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 円  円 | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑭ | 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 | | | | (ｱ) | 年金の種別 | | | | | | | 障害年金・障害手当金 | | | | | | | (ｲ) | | 年金額 | | | |  | | | | | | | (ｳ) | 年金の支給  事由となっ  た傷病名 | | | | | | |  | | |
| (ｴ) | 年金を受ける  こととなった  年　月　日 | | | | | | | 年　月　日 | | | | | | | (ｵ) | | 障害年金を受けて  いる場合は基礎年金  番号・年金コード | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| ⑮ | 資　格　喪　失　者  　　　　　　　　　の方 | | | | (ｱ) | | | | | | 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 | | | | |
|  | | | | 老　齢　（退　職） | | | | | | (ｳ) | 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 | | | | | | | | | (ｴ) | | 受　給　年　月　日 | | | | | | | | | | | | (ｵ) | 年　　金　　額 | | | |
| 年　金　の　名　称 | | | | | |
|  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | 円 | | | | |
|  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | 円 | | | | |
|  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | 円 | | | | |
|  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | （カ） | | | | | | | | | | | | | | 円 | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| ⑯ | 年　　　月　　　日  **上記のとおり請求します。** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者の  （請求者） | | | | | | | 住所  氏名  電話 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **セイコー健康保険組合理事長　殿** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

No.

賃金台帳並びに出勤簿（タイムカード）の写しを添付して下さい

No.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | | 1. 全額支給した   場合、又は支  給する場合 | | | | | | 年　　　月　　　日から  年　　　月　　　日まで | | | | | | | | の分として | | 金　　　　　　　円  (　　　月　　日支払) | | | | | | 日額  金　　　　　　円 | | | |
| 上記の期間中の分として支払う報酬関係 | | | |
| 1. 一部支給した   場合、又は支  給する場合 | | | | | | 年　　　月　　　日から  年　　　月　　　日まで | | | | | | | | の分として | | 金　　　　　　　円  (　　　月　　日支払) | | | | | | 日額  金　　　　　　円 | | | |
| 1. 現在までにも   又、将来も支  給しない場合  は、その旨 | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| ⑲ | | 上記とおり相違ないことを証明します。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所 | | | 住所  名称  事業主名 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | 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 | 発病または負傷の原因 | | | | | | |  | | | | | | | |
| 22 | | | 発病または負傷  の年月日 | | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | )  23 | 療養の給付を開始した  年月日 | | | | | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | |
| 24 | | | 労務不能と  認めた期間 | | | | 年　　　月　　　日から  年　　　月　　　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 | | | 上記とおり相違ありません。  　　　　　 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医師 | | 住 所（所在地） | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | 電話　　　　　　局（　　　　　　）　　　　　番 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 振　込　先 | | **マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。※口座情報の反映には登録から数日を要します。**  **（利用する場合は　　。　利用しない場合は下記の欄を記入して下さい。）** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | 銀行・信金  信組・農協  労金・その他 | | 普通・当座 | | | | 口座番号 | |  | |  | |  | |  |  | |  |  |
| 支店 | | | | | | | | | | 店番号 | | フリガナ | | | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | | 口座名義 | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 記入方法については次ページの記載事項を御覧の上御記入下さい。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**被保険者の注意事項**

　ア．①および④欄は、マイナポータルから参照して下さい。⑤欄は勤務先から交付される「賃金支払内訳票」

　　　などを見ればわかります。

　イ．⑥欄は、療養のため勤務に服することができない期間中に老人保健法の医療を受けたときは、健康手帳の医療

の受給資格を証する頁に記載されている市町村番号、受給者番号および発行機関名を記入して下さい。

　ウ．⑩欄は、いつ（○○年○月○日午前○時）、どこで（自宅の庭で）、なにを（薪を）、どうしているうち（割って

いるうち）、なにが（薪の）、どういうふうになって（破片が飛んで）、どこを（顔を）、どうした（裂傷した）

というようにくわしく記載して下さい。

　エ、⑭欄は、同一の疾病又は負傷及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下さい。

　オ．⑭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とき）は、(ｵ)欄のみにその旨を記入

　　　して下さい。

　カ．⑭ (ｱ)欄は、受けている年金を○で囲んで下さい。

　キ．⑭(ｲ)(ｳ)(ｴ)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

　　　書類等を見て記入して下さい。

　ク．⑭(ｵ)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．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。

　コ．※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、一日当たりの賃金の全部または一部の意味であること。

　イ．⑱欄の(ｱ)と(ｲ)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(ｳ)の欄は、「現在までにも、また将来も支給しない」を記載して下さい。

　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**

1. 欄は、初診日を記載するのでなく、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です

22

から、被保険者証の療養給付記録欄などを見て記載して下さい。

1. 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、また結核性の

26

疾病については、検痰成績、安静度、赤沈値、理学的所見などを記載して下さい。

* **その他共通する注意事項**

1. 記入した箇所を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と氏名（サイン）を記入して下さい。
2. ⑫、⑰、㉔ 欄の期間の計算は、両端を入れて間違いなく計算して下さい。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。