

受付年月日	令和 年 月 日	決 裁			
伺 年 月 日	令和 年 月 日	常務理事	事務長	係	被扶養者の照合
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・一部給 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	備考			

事業所担当者

傷病手当金支給申請書

(第 回目)

被 保 険 者 が 記 入 す と こ ろ	① 被保険者等の 記号・番号	00-0000		② 被保険者の 業務の種別	総務			
	③ 事業所の名称 及び所在地	名称	〇〇〇〇株式会社		所在地	〇〇県〇〇市〇〇町1		
	④ 資格を取得 した年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日		⑤ 標準報酬月額	〇〇〇000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	〇〇年 〇〇月 〇〇日		⑨ 傷病名	骨折			
	⑩ 発病又は 負傷の原因	休日に自治会の野球大会に参加した際、転倒し、右足を骨折した。				⑪ 第三者行為によるものですか <input checked="" type="radio"/> いいえ ・ はい		
	⑫ 労務に服するこ とが出来なかった期間	〇〇年 〇〇月 〇〇日から 〇〇年 〇〇月 〇〇日まで		〇〇 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	〇〇年 〇〇月 〇〇日から 〇〇年 〇〇月 〇〇日まで		受けた報酬額 受けることができる報酬額		円 〇〇〇〇〇 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 任意資格喪失 者の 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	
		(イ) 老 齢 (退 職) 年 金 の 名 称	(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 月 日		円		
				年 月 日		円		
				年 月 日		円		
	(カ) 年 金 の 合 計 額					円		
⑯	上記のとおり請求します。						〇〇年 〇〇月 〇〇日	
被保険者の (請求者)	住所	〇〇県〇〇市〇〇町1-1						
	氏名	健保 太郎						
	電話	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇						
セイコー健康保険組合理事長 殿								

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

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	(7) 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)
		(イ) 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)
		(ウ) 現在までも、又、将来も支給しない場合は、その旨			
⑲ 上記とおりに相違ないことを証明します。					
年 月 日					
住所 事業所名称 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 労務不能と認められた期間	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 上記とおりに相違ありません。					
年 月 日						
住所(所在地) 医師 医療機関名 氏 名						
電話 局 () 番						

振込先	<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 。 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（〇〇年〇月〇日午前〇時）、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）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. ⑮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. ⑮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. ⑮欄の(ウ)の欄は、「現在までも、また将来も支給しない」を記載して下さい。
- エ. ⑮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. ⑯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。
- イ. ⑯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

- ア. 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。
- イ. ⑫、⑰、⑳ 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。