

傷病手当金請求書

受付番号

【備考欄】

健康保険

↓退職後の給付を受ける場合も、在職中の時の記号・番号をご記入ください

(第 〇〇 回目)

③ ② ①
 平成13年4月1日より、任意継続被保険者及び資格喪失後継続して傷病手当金を受給する者が、老齢又は退職を支給事由とする年金を受給する場合は、障害年金同様の支給調整が行われますので、「年金証書又はこれに準ずる書類の写し」・「直近の年金額を証明する書類」を添付してください。
 傷病手当金は、原則被保険者の口座にお振込みいたしますので、取引金融機関をご記入ください。なお、郵便局はお取扱いできません。傷病手当金の受取りを事業所に委任する場合は、委任状欄に記名・捺印をお願いします。
 在職期間の請求を行う場合は、本紙以外に、給与支給額証明書（事業主証明）を添付してください。

被保険者証の 記号・番号		被保険者の 氏名と押印	(年齢)	㊟
被保険者の 現住所	〒 〇〇 〇〇 〇〇 電話 ()			
事業所の名称		標準報酬 月額	千円	
資格取得 年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	業務の 種別	
発病(負傷) 年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	傷病名	
発病(負傷)の 原因を詳しく				
療養をする為 休んだ期間	平成・令和	年 月 日 から		日間
	平成・令和	年 月 日 まで		
上記期間分の報酬を受けられますか	<input type="checkbox"/> 受けられない <input type="checkbox"/> 一部受けられる <input type="checkbox"/> 受けられる			
(1) 外傷(ケガ)による申請ですか?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		※『はい』と回答された方は、別紙(3ページ目)負傷原因の回答をご記入いただき添付ください。(一度提出されている方は不要です。)	
(2) 障害年金(手当金)を受給していますか?	<input type="checkbox"/> はい → <input type="checkbox"/> 請求中 → <input type="checkbox"/> いいえ		傷病名をご記入ください。(障害年金(手当金)を受給している方のみ) _____	
(3) 退職した方で、その後も継続して傷病手当金を申請する場合、老齢または退職を事由とする公的年金を受給していますか?	<input type="checkbox"/> はい → <input type="checkbox"/> 請求中 → <input type="checkbox"/> いいえ		【受給開始年月日】 【年金額】 _____年 月から _____円	
※障害年金・障害手当金・老齢厚生年金等を受けている場合は、年金証明書及び裁定通知書・年金額改定通知書の写しを添付してください。↳退職者のみ				
傷病手当金を受取る金融機関(郵便局は除く)				
銀行名:	銀行・信託銀行	支店名:	支店・本店	普通
銀行コード:	信金・農協・信組	店番号:	出張所	当座
口座番号	名義(かた)			
傷病手当金の受取りを事業所に委任する場合(委任状)				
本請求に基づく給付金に関する受領を _____ ㊟殿に委任します。				
令和 年 月 日	被保険者氏名 _____			㊟

令和 年 月 日 提出

※【受付印】

記号 番号 氏名

療養を担当した医師が意見をかくところ	傷病名			傷病が結核性であるか否か	結核性 非結核性										
	発病または負傷の原因														
	発病または負傷の年月日	平成・令和	年	月	日	療養の給付を開始した年月日	平成・令和	年	月	日					
	労務不能と認められた期間	平成・令和	年	月	日	から	平成・令和	年	月	日	まで	日間	左の期間中の診療実日数	日間	
	傷病の主症状及び経過概要														
	入院した期間がある場合はその期間	平成・令和	年	月	日	から	平成・令和	年	月	日	まで	日間	入院の費用の別	健保・老健 自費・公費	
	うえのとおり相違ありません。											令和	年	月	日
	医療機関の所在地														
医療機関の名称															
医師の氏名											Ⓜ				
電話											()				

医師の注意事項

◆ ◆ ◆ ◆ ◆
 療養の給付を開始した年月日は、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ください。
 傷病の主症状及び経過概要は、なるべく詳しく記載してください。特に、手術をした場合は手術の名称と手術年月日を記載してください。
 医師の氏名欄には、必ず捺印をお願いします。
 訂正したところには、各記載者氏名のわきに押した印と同じ印を訂正印として押してください。
 期間計算は、両端を入れて間違いない計算してください。例えば、三月二日から三月二〇日まででは、一九日間となります。

常務理事	事務長	業務課長	業務係長	係

負傷原因の回答

(事業所名)

健康保険証の	記号 番号		被保険者の氏名	(印)
負傷者の氏名				被保険者との続柄
連絡先	(自宅・会社・携帯・その他)			

負傷の原因について記入してください。(該当する□にチェック☑してください)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	<p>[負傷日時・場所等]</p> <p>1. いつケガ(負傷)しましたか。 平・令 年 月 日 (曜日) <input type="checkbox"/> 午前・<input type="checkbox"/> 午後 時 分頃</p> <p>2. ケガ(負傷)をした日は次のうちどの日でしたか。 <input type="checkbox"/> 出勤日・<input type="checkbox"/> 休日(定休日・休暇含む) <input type="checkbox"/> その他()</p> <p>3. ケガ(負傷)をした時は次のうちどの時間帯でしたか。 <input type="checkbox"/> 勤務時間中・<input type="checkbox"/> 通勤途中(<input type="checkbox"/>出勤・<input type="checkbox"/>退勤) <input type="checkbox"/> 出張中・<input type="checkbox"/> 私用・<input type="checkbox"/> その他()</p> <p>4. ケガ(負傷)をした場所はどこでしたか。 <input type="checkbox"/> 会社内・<input type="checkbox"/> 道路上・<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他()</p> <p>5. ケガをした原因で次にあてはまる場合がありますか。 <input type="checkbox"/> 交通事故・<input type="checkbox"/> 暴力(ケンカ) <input type="checkbox"/> スポーツ中(<input type="checkbox"/>職場の行事・<input type="checkbox"/>職場の行事外) <input type="checkbox"/> 動物による負傷(飼い主 <input type="checkbox"/>有・<input type="checkbox"/>無) <input type="checkbox"/> あてはまらない</p> <p>6. 「上記5」にあてはまる原因がある場合、あなたは被害者ですか、加害者ですか。</p> <p>相手 <input type="checkbox"/> 有 → { <input type="checkbox"/> あなたは被害者 <input type="checkbox"/> あなたは加害者</p> <p><input type="checkbox"/> 無</p> <p><input type="checkbox"/> 不明</p> <p>※相手のいる負傷の場合は、「第三者行為による傷病届が必要となります。当組合にご連絡をください。</p>	<p>[受診した医療機関]</p> <p>7. 診療を受けた医療機関名とその期間等</p> <p>医療機関名 _____</p> <p>平・令 年 月 ~ 平・令 年 月 <input type="checkbox"/> 治癒 ・ <input type="checkbox"/> 治療中</p> <p>医療機関名 _____</p> <p>平・令 年 月 ~ 平・令 年 月 <input type="checkbox"/> 治癒 ・ <input type="checkbox"/> 治療中</p> <p>8. <u>負傷したときの状況(原因)を具体的に記入してください。</u></p>
--	---	--