

受付年月日	年 月 日	決 裁			
伺年月日	年 月 日				台帳照合印
決裁年月日	年 月 日				
※支給支払決議書	支給額	円			
	支給内訳	傷病手当金	円		
		傷病手当付加金	円		
	支給開始	年 月 日	資格取得	年 月 日	
	支給期間	自 年 月 日 至 年 月 日	資格喪失	年 月 日	
			標準報酬月額	千円(第 級)	
障害年金額・日額障害手当金額		円(日額 円)			
前回	始 年 月 日 終 年 月 日	老齢(退職)年金額	円(日額 円)		
		全部・一部 期間	年 月 日 から 日 年 月 日 まで 日間 円		
		不支給理由			
		備考			

傷病手当金・傷病手当付加金請求書 (第 回)

被 保 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の記号番号		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				第三者行為によるものですか ⑪ いいえ・はい
	⑫ 労務に服することができなかった期間	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		円	
	受 け る こ と が で き る 報 酬 額		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	・障害厚生年金 ・障害年金	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 被任資格喪失保険継失者続者の方	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
		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	
⑯ 振込希望の金融機関名	金庫 銀行 組合	支店	普通 当座	(No.)	
⑰	上記のとおり請求します。		平成 年 月 日		
	住所 被保険者の 氏名			印	
セメント商工健康保険組合理事長 殿					

A 被保険者証の記号・番号	フリガナ	
	被保険者の氏名・印	印

事業主が証明するところ	⑱ 労務に服さなかった期間	年 月 日 から 年 月 日 まで	日間	
	⑲ 上記の期間中として支払う報酬関係	ア 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 日額 (月 日支払) (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 日額 (月 日支払) (金 円)
		ウ 現在までも又、将来も支給しない場合は、その旨		
⑳	上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 住所 事業主 氏名 印 電話 ()			

療養を担当した医師が意見を書くところ	I 傷病名		II 発病又は負傷の原因		
	III 発病又は負傷の年月日	年 月 日	IV 療養の給付を開始した年月日	年 月 日	
	V 労務不能と認められた期間	年 月 日 から 年 月 日 まで	日間	VI 診療実日数 日間	
	VII 傷病の主症状および経過概要	VIII 上記の期間中に入院をした期間がある場合はその期間		年 月 日から 年 月 日 まで	日間
		入院の費用の別		健自費	保費
	IX	上記のとおり相違ありません。 年 月 日 住所(所在地) 医師 医療機関 氏名 印 電話 ()			

委任状	私は 年 月 日 請求した傷病手当金・傷病手当付加金のうち 円也の受領に関すること。 を代理人と定め、次の権限を委任する。 年 月 日
	被保険者の住所 氏名 印 (請求者)
	代理人の住所 氏名 印
振込希望の金融機関名	金庫銀行 支店 普通当座 (No.) 組 合

領収書	金 円也 但し うえの金額を領収いたしました。 年 月 日
	セメント商工健康保険組合理事長 殿
	受領者 住所 氏名 印

●被保険者の注意事項

- ア. ①および④は、健康保険の被保険者証に書いてあります。⑤は勤務先から交付される「賃金支払内訳票」などをみればわかります。
- 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. ⑦の欄は療養のため、勤務に服することが出来ない期間中に介護保険法によるサービスを受けたときには被保険者証に書いてある保険者番号、被保険者番号、保険者名を記入してください。
- エ. 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。
- オ. ⑭欄は、同一の疾病又は負傷およ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。
- カ. 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。
- キ. ⑭ア欄は、受けている年金を○で囲んで下さい。
- ク. 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みて記入して下さい。
- ケ. 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。
- コ. ⑮アの欄は現在の年金受給状況を○で囲んで下さい。
- サ. ⑮イウエオ欄は支給を証する書類等をみて記入して下さい。
- シ. ⑯欄は、被保険者(本人)が直接受領するときに、被保険者の希望する振込機関名を記入して下さい。
- ス. 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。
- セ. 領収書欄は、被保険者(本人)が直接健康保険組合の窓口で受領するときに記入して下さい。
- ソ. ㉑欄は⑰欄と同一の印を押印して下さい。
- タ. ※印の欄には記入しないでください。

●事業主の注意事項

- ア. ⑲欄の「全部支給」または「一部支給」とは、一日当りの賃金の全部または一部の意味であること。
- イ. ⑲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. ⑲欄のウの欄は、「現在までも、また将来も支給しない」と記載して下さい。
- エ. ⑳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. Ⅳ欄は、初診日を記載するだけでなく、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して下さい。
- イ. Ⅶ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. 訂正したところは、各記載者の氏名のわきに押した印と同じ印(①から⑰までの訂正箇所には⑰㉑の印、⑱か⑳までの訂正箇所には⑳の印、ⅠからⅩまでの訂正箇所にはⅩの印)を訂正印として押して下さい。
- イ. 印はハッキリと押し、印洩れのないようにして下さい。
- ウ. ⑫、⑯、Ⅴ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。