

支給決定	常務理事	業務部長	担当者	年 月 日 資格取得	支給日額	年 月 日 起案
				年 月 日 資格喪失		支給 決 定 金 額
	前回までの支給期間				円	
	～					
支給期間				標準報酬	支給率	支給日数
自 年 月 日 日間				日額	×	支給額
至 年 月 日 日間				円		円
( ) は 99 条 不該当により 日間控除						108 条該当控除額
( ) は 108 条 該当により 日間控除						差引支給額
				円		円
備考	昭和 年 月 日 平成					

この欄には記入しないこと

所属事業所 担当者印 ⑩

## 健康保険傷病手当金請求書

(第 回)

うらの注意事項をよく読んで  
記入してください。

①被保険者の記号番号	—	②業務の種別	③事業所名	
④傷病名	発病または 負傷の原因		⑥発病または負傷年月日 年 月 日	
⑦病气やけがで療養のため休んだ期間	年 月 日から 年 月 日まで	ただし 日間 このうち ( ) は出勤 ( ) は有給 このうち ( ) は出勤 ( ) は有給 このうち ( ) は出勤 ( ) は有給 このうち ( ) は出勤 ( ) は有給	有給 休暇	
上記について傷病手当金を請求します。 年 月 日 被保険者 住所 (請求者) 氏名 <span style="float: right;">⑧</span> 電線工業健康保険組合理事長 殿				
⑧退職後、老齢厚生年金等をうけているとき、及び同じ傷病で障害厚生年金または障害手当金をうけているとき	退職後、老齢厚生年金等をうけているときの年金額及び障害厚生年金(同一の支給事由の障害基礎年金を含む)または障害手当金の額	円	年金証書の記号番号	
⑨ 業務に服さなかった期間	年 月 日から 年 月 日まで ただし、このうち ( ) は出勤 ( ) は有給 このうち ( ) は出勤 ( ) は有給	日間	⑩左の期間に対して給料を支給した(する)かどうか (ア)支給しない (イ)全額支給した (ウ)一部支給した (エ)全額支給する (オ)一部支給する	
⑪ ⑩の(イ)～(オ)に該当する場合の内訳	本給 家族手当 役付手当 交通費 その他	円 月 日～ 月 日 日分 円 月 日～ 月 日 日分 円 月 日～ 月 日 日分 円 月 日～ 月 日 日分	⑫事業所名称・所在地・事業主氏名印  電話 ( ) <span style="float: right;">⑨</span>	
わたたくしは、 を代理人と定め、上記請求した給付金の受領方を委任します。 委任者 住所 氏名 <span style="float: right;">⑧</span> 代理人 住所 氏名 <span style="float: right;">⑧</span>				

訂正には本人の印が必要です

訂正には事業主印が必要です

委任状が必要及び委任者の印

委任者印は、請求者印と同一であること

注意：この請求書には必ず傷病手当金医師意見書を添付してください

## 記入するときの注意事項（添付書類を含む）

- 記入するときは、鉛筆は使用しないでください。
- 提出するときは、記入もれや記入誤りがないか注意してください。もし、記入誤りがあったて訂正したときは、それぞれ該当者の印を押してください。
- ※印の欄には記入しないでください。

### 《被保険者（請求者）が記入するところ》

- ① 健康保険被保険者証に書いてある記号番号を忘れずに記入してください。
- ② 本人の仕事の種類を具体的に（事務員・仕上工などのように）記入してください。
- ⑤ この欄に書ききれない負傷原因については別紙に書いて添えてください。  
なお、発病等の年月日がわからないときは、その旨（不詳・不明など）記入してください。
- ⑥ 負傷した年月日を、くわしく記入する必要があるときは別紙に書いて添えてください。（⑤に同じ）。  
なお、発病等の年月日がわからないときは、その旨記入してください。
- ⑦ 通算日数をまちがえないように書いてください。  
例えば、4月1日から4月30日までの30日間のうち、4月10日の1日だけ出勤、そのほかの日はすべて療養のため休んだ場合、通算日数は30日間と書き、「ただし、このうち（4月10日）は出勤」のように（ ）内に出勤した月・日を記入してください。
- ⑧ 傷病手当金と同じ傷病で、障害厚生年金または障害手当金を受けている場合、または、退職後、老齢厚生年金等を受けている場合、傷病手当金は支払調整されますので記入してください。  
なお、障害厚生年金と同一の支給事由で障害基礎年金を受けているときは、障害厚生年金の額については障害厚生年金と障害基礎年金の合算額になります。障害厚生年金を受けているときは、その年金証書の写及び支払通知書等を、障害手当金を受けているときは、障害手当金支給決定通知書を、老齢厚生年金等を受けているときは、基礎年金番号を記載のうえ、年金額が確認できる書類等をそれぞれ添付してください。そのほか、障害手当金を受けた日以後で、傷病手当金の支給停止された期間について医師意見、事業主証明が必要な場合があります。

### 《事業主が証明するところ》

- ⑨ 出勤簿にもとづいて記入してください。（通算日数等記入方法については、⑦の例を参考にしてください。）
- ⑩ 該当するところを○で囲んでください。
- ⑪ ⑩の（イ）～（オ）に該当する場合に記入してください。
- ⑫ 法人名のある代表者印を押してください。

### 《委任状欄》

この給付金の受け取りを代理人（事業主）に委任する場合のみ「委任状欄」に請求者及び代理人それぞれが氏名・住所を記入し、印を押してください。

### 《直接払いの場合》

請求者の口座に振り込みをする直接払いの場合は、「振込依頼書」に請求者の氏名・住所・口座番号等を記入し、請求書と同一の印を押して添付してください。

※請求書の委任状欄に記入、押印があった場合は、振込依頼書の添付にかかわらず委任払いとなりますので、ご注意ください。