

傷病手当金を請求する加入者様へ
 「傷病手当金請求書」を請求する前に
 別紙の「傷病手当金を請求する前にご確認ください」をご確認ください。

被保険者証の記号と番号	999	番号	9999	被保険者の氏名	小田急 太郎	生年	昭和 40年	健保担当	課長
東京都多摩市〇〇〇〇4-5-9									
事業所の名称	〇〇〇〇〇 株式会社			被保険者の業務の種別	事務員・乗務員・調理士・配達掛・販売員・整備士など				
被保険者の資格を取得した年月日	昭和 3年 4月 1日	傷病名	急性肝炎・慢性腎不全・胃潰瘍 右足骨骨折 など						
発病または負傷の年月日	不詳	ケガ(負傷)の場合は、下記の負傷届に記入ください。							
給付開始日	令和 1年 5月 4日	請求回数	第 2 回						
疾病または負傷の療養をするため休んだ期間	令和 1年 6月 1日から 令和 1年 6月 30日まで 30日間								
うへの休んだ期間の報酬について	<input type="checkbox"/> 受けた <input checked="" type="checkbox"/> 受けない <input type="checkbox"/> 受けられる <input type="checkbox"/> 受けられない 報酬を受けた、または受けられるときは報酬額とその報酬額支払いの基礎となった期間 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 1年 6月 5日から 3日間の分として 24,000円 <input type="checkbox"/> 令和 1年 6月 7日まで								
老齢厚生年金等を受けているまたは受けられるとき	年金等の種別	<input checked="" type="checkbox"/> 障害厚生年金 <input type="checkbox"/> 老齢厚生年金 <input checked="" type="checkbox"/> 障害基礎年金 <input type="checkbox"/> 障害手当金等	年金等支給事由となった傷病名	慢性腎不全・筋萎縮性側索硬化症など					
年金等を受けることとなった年月日	年金額または手当金額	18,000,000円	基礎年金番号	1234-123456	年金コード	1350			
うへの年金等を受けていない場合	<input type="checkbox"/> 請求中 <input checked="" type="checkbox"/> 請求していない (理由 年金受給対象者ではないため など)								
労災保険から休業補償給付を受けていますか	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 請求中								
うへの労災保険からの休業補償について「はい」または「申請中」と答えた場合、支給元(請求元)の労働基準監督署をご記入ください	〇〇〇〇〇 労働基準監督署								
うへのとおり請求します	請求1回目のみケガ(負傷)の場合は記入してください								
【負傷届】	●請求1回目のみケガ(負傷)の場合は、ご記入ください。※請求2回目以降記入不要(骨折・打撲・捻挫など含む)								
負傷発生日時と勤務状況	令和 1年 5月 1日 □午前 □午後 8時 15分頃 □通勤途中 □勤務中 <input checked="" type="checkbox"/> 勤務後 □休み □その他()								
負傷発生場所	(自宅玄関前)								
発病または負傷原因(負傷時の状況) ※何の目的で何をしていた、どのようになった等を詳細に記入してください	自宅に入ろうとした際に、暗くて足元が見えず、玄関前の段差につまづき転倒し、右手を地面に強くつき右手首関節を捻挫してしまった。								
請求者	小田急太郎	被保険者氏名	小田急太郎						
うへの決定金額の受領方を	職名	代表取締役社長	に委任します						
請求者	〇〇〇〇	被保険者氏名	小田急太郎						

労務に服さなかった期間	<input type="checkbox"/> 平成 1年 6月 1日から 30日間 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 1年 6月 30日まで			
うへの期間中の分として支払う報酬関係				
●上記「労務に服さなかった期間」のうち全額支給した(する)場合で【出勤は○】【有給は△】【公休は/】【欠勤は無印】で表示してください。				
●上記「労務に服さなかった期間」のうち一部支給した(する)場合で【一部支給をした(する)場合は□】で表示してください。				
1年 6月	10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	計	1	3
年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	計		
年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	計		
※有給のみ	合計	3日間の分として 金 24,000円 (日額 金 8,000.00円) (6月 25日支払)		
※一部支給した(する)合計	日間の分として	金 円 (日額 金 円) (月 日支払)		
<input checked="" type="checkbox"/> 上記以外 現在までも、また将来も支給しない場合は、その旨 <input type="checkbox"/> 給与または就業(賃金)規則(程)により支給しない <input type="checkbox"/> 現在までもまた将来も支給しない <input type="checkbox"/> その他()				
うへのとおり相違ないことを証明します 令和 1年 7月 10日				
所在地	東京都新宿区〇〇〇8-8			
事業主	名称 〇〇〇〇〇 株式会社			
氏名	人事部長 〇〇 〇〇			

傷病名	※ 労務不能と認めた傷病名のみ記入してください		初診日	(1) 令和 1年 5月 1日
(1) 急性肝炎・慢性腎不全			(左記の療養の給付を開始した年月日)	(2) 令和 1年 5月 1日
発病または負傷の年月日	令和 1年 6月 1日 から 30日間		左の期間中の診療実日数	7日間
労務不能と認めた期間	令和 1年 6月 30日 まで			
傷病の主状態および経過概要	※上記の期間中における「主たる症状および経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等、詳しくご記入願います 令和〇〇年〇月〇日屋頂より咽頭痛・呼吸困難症熱のため緊急入院。ウィルス検査をおこなったが検査結果陰性。加療および抗生物質投与により症状軽減し〇月〇日退院に至った。その後1週間は自宅安静を指示した。 ※症状経過からみて従来の職種について労務不能と認められた医学的な所見			

被保険者が死亡した場合の記入方法

請求者	小田急太郎
被保険者氏名	小田急 花子
職名	代表取締役社長
請求者	〇〇〇〇
被保険者氏名	小田急 花子

- 《注意事項》 添付書類(参考)
- ※ 請求1回目のみ「労務に服さなかった期間」勤務状況が確認できる勤務表等の添付(労務に服さなかった期間の日数分)
 - 《① 被保険者が記入するところ》
 - 「うへのとおり請求します」「うへの決定金額の受領方を...に委任します」2箇所の年月日が、必ず「労務に服さなかった期間」以後の日付(年月日)になっていること
 - 労災保険から休業補償給付を受けている方は「休業補償給付支給決定通知書のコピー」の添付が必要です
 - 《② 事業主が証明するところ》
 - 医師が「労務不能と認めた期間」および「初診日(左記の療養の給付を開始した年月日)」より事業主が証明するところの「労務に服さなかった期間」が長い場合は「療養状況報告書」の添付が必要 ※ 請求1回目のみ
 - 「うへのとおり相違ないことを証明します」年月日が、必ず「労務に服さなかった期間」以後の日付(年月日)になっていること
 - 約1ヶ月毎に医師が意見を書くところの「左の期間中の診療実日数」が「0」の場合は「療養状況・日常生活状況報告書」の添付が必要
 - 《③ 療養を担当した医師が意見を書くところ》
 - 特に「初診日(左記の療養の給付を開始した年月日)」と「就労見込み」の記入漏れ注意
 - 「うへのとおり相違ありません」の受付日は医師の意見は労務不能と認めた期間以後になっていること
 - 《④ その他》
 - 訂正される場合は、訂正箇所二重線で末梢し、正しい内容をご記入ください。二重線の近くに末尾に押した印を訂正印として、それぞれの記入者(被保険者・事業主・療養担当者)による押印または氏名の署名が必要
 - 印ははっきり押し、捺印もれのないようにしてください

訂正印は、この印をご使用下さい

訂正印は、この印をご使用下さい