

受 付 年 月 日		年 月 日		決 裁				
同 年 月 日		年 月 日		常務理事	事務長	担当者	台 帳 照 合 印	
決 裁 年 月 日		年 月 日		資 格 取 得		年 月 日		
※支給支払決議書	支 給 額		円		資 格 喪 失		年 月 日	
	支給内訳		円		標準報酬月額		千円（第 級）	
	傷病手当金		円		障害年金額・日額障害手当金額		円（日額 円）	
	傷病手当付加金		円		老 齡（退 職）年 金 額		円（日額 円）	
	支 給 開 始		年 月 日		全 部 ・ 一 部 不 支 給	期 間	年 月 日から 日間	
	支 給 期 間		自 年 月 日 日間 至 年 月 日 日間			理 由	年 月 日まで 円	
	前回	始	年 月 日					
	終	年 月 日		備 考				

傷病手当金・傷病手当付加金請求書 (第 回目)

保 険 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 年 月 日		年 月 日		⑤ 標 準 報 酬 月 額		000 円				
	⑥ 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		
	⑦ 発 病 又 は 負 傷 の 年 月 日		年 月 日		⑧ 傷 病 名						
	⑨ 発 病 又 は 負 傷 の 原 因								⑩第三者行為によるものですか いいえ ・ はい		
	⑪ 労 務 に 服 す る こ と が 出 来 な か っ た 期 間		年 月 日から 日間 年 月 日まで								
	⑫ 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 日間 年 月 日まで 受けた報酬額 円 受けることができる報酬額 円								
	⑬ 医 師 か ら の 指 示										
	⑭ 療 養 中 の 症 状 や どの よう に 過 ご し た か										
	⑮ 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		(イ) 年 金 の 種 別	障害年金・障害手当金		(イ) 年 金 額			(イ) 年 金 の 支 給 事 由 と な っ た 傷 病 名		
			(ロ) 年 金 を 受 け る こ と と な っ た 年 月 日	年 月 日		(ロ) 障 害 年 金 を 受 け て い る 場 合 は 基 礎 年 金 番 号 ・ 年 金 コー ド					
	⑯ 老 齡 ま た は 退 職 を 事 由 と す る 年 金 を 受 給 し て い ま す か		受 給 中 ・ 申 請 中 ・ 受 け て い な い								
	⑰ 上 記 の 受 給 中 の 年 金 番 号 と 年 額						円				
	⑱ 振 込 希 望 の 銀 行		金庫 銀行 組合 支店 (普通 当座 No.)								
⑲		年 月 日 上記のとおり請求します。 被保険者の 住所 氏名 (印) 日清オイリオグループ健康保険組合理事長 殿									

事業主が証明するところ	⑳ 労務に服さなかった期間		年 月 日から 年 月 日まで 日間																																			
	㉑ 出勤○・有給△・公休 公・欠勤／で表示ください。 ※勤務一覧表の写し等勤怠のわかる書類の添付でも可																																					
	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	出勤		有給	
	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																																日		日	
	㉒ 上記の期間中の分として支払う報酬関係	(㊦) 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																												
		(㊧) 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																												
		(㊨) 現在までも又、将来も支給しない場合は、その旨																		給与の種類 <input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> その他																		
㉓ 復職予定等時期もご記入ください			<input type="checkbox"/> 年 月 日に、復職した <input type="checkbox"/> 年 月 から復職予定 <input type="checkbox"/> 年 月 まで休職予定																																			
㉔ 上記とおり相違ないことを証明します。 年 月 日 事業主 住所 氏名 印 電話 局 () 番																																						

療養を担当した医師が意見を書くところ	㉕ 傷 病 名		㉖ 発病または負傷の原因			
	㉗ 発病または負傷の年 月 日		年 月 日		㉘ 療養の給付を開始した年 月 日 年 月 日	
	㉙ 労務不能と認めた期間		年 月 日から 年 月 日まで 日間		㉚ 診療実日数 日間	
	㉛ 傷病の主な症状					
	㉜ 投薬・療養の指示等、できるだけ詳しくご記入ください。		投薬 <input type="checkbox"/> あり (日分、 日分、 日分) <input type="checkbox"/> なし 通院指導 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (理由)			
	㉝ 治療内容および経過概要					
	㉞ 労務不能と認められた医学的所見					
	㉟ 今後の治療方針および治療計画				今後の休職の有無 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 否	
	㊱ 上記とおり相違ありません。 年 月 日 住所 (所在地) 医師 医療機関名 印 氏 名 電話 局 () 番					

委任状	㊲ 私は 年 月 日 金 年 月 日 被保険者の住所 (請求者) 氏名 代理人の住所 氏名		を代理人と定め、次の権限を委任する。 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。		印 印
	振込希望の金融機関名		金庫 銀行 組合 支店 (普通 当座 No.)		

・ 被保険者の注意事項

- ア. ①および④欄は、健康保険の被保険者証に書いてあります。
- イ. ⑥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下さい。
- ウ. ⑨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. ⑮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. ⑮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、(カ)欄のみにその旨を記入して下さい。
- カ. ⑮(ア)欄は、受けている年金を○で囲んで下さい。
- キ. ⑮(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。
- ク. ⑮(カ)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. ⑮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。
- コ. ⑮欄は、委任により代理受領するときに、代理人の希望する振込機関名を記入して下さい。
- サ. お支払いは事業主経由で行ないます。同意されない方がいらっしゃいましたら、当健保までお申出ください。(任継除く)

・ 事業主の注意事項

- ア. ②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. ②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. ②欄の(ウ)の欄は、「現在までにも、また将来も支給しない」を記載して下さい。
- エ. ④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. ⑧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です。
- イ. ⑩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⑮までの訂正箇所には⑮の印、⑯から⑳までの訂正箇所には㉔の印、㉕から㉞までの訂正箇所には㉞の印、㉟から㊱までの訂正箇所には㊱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. ⑪、⑳、㉔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。