

受付年月日		年月日		決裁				
				常務理事	事務長	担当者	台帳照合印	
伺年月日		年月日						
決裁年月日		年月日		資格取得				
※ 支給支払 決議 書	支給額		円	年月日				
	支給	傷病手当金	円	資格喪失				
	内訳	傷病手当付加金	円	標準報酬月額				
	支給開始		年月日	障害年金額・日額障害手当金額	千円(第級)			
	支給期間		自年月日至年月日	老齢(退職)年金額	円(日額)			
	前回	始	年月日	全部・一部不支給	年月日から年月日まで	年月日から年月日まで		
	終		年月日		理由			
			備考					

### 傷病手当金・傷病手当付加金請求書

(第 回目)

保 險 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	年月日から年月日まで					日間	
	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 受けることができる報酬額					円 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つた傷病名		
		(ロ) 年金を受けることとなつた年月日	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				
	⑯ 老齢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△・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					
	(22) 上記の期間中の分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 ( 月 ) 円 日支払	日額金	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 ( 月 ) 円 日支払	日額金	円
		(ウ) 現在までにも又、将来も支給しない場合は、その旨			給与の種類		
	(23) 復職予定等時期もご記入ください		<input type="checkbox"/> 年 月 に、復職した	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/> 年 月 から復職予定	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 ( 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 氏名		印				
電話 局( ) 番							

委任状	(37) 私は 年 月 日		を代理人と定め、次の権限を委任する。		
	金 年 月 日		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。		
	被保険者の住所 (請求者) 氏名 代理人の住所 氏名				
					印
(38) 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. ⑯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. ⑯欄で障害年金、障害手当金を現在請求中の場合(受けとることのできるとき)は、(オ)欄のみにその旨を記入して下さい。
- カ. ⑯(カ)欄は、受けている年金を〇で囲んで下さい。
- キ. ⑯(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. ⑯(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。
- ケ. ⑯(カ)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. ⑯(エ)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. ⑰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. ⑰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. ⑰欄の(ウ)の欄は、「今までにも、また将来も支給しない」を記載して下さい。
- エ. ⑰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. ⑲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. ⑳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⑯までの訂正箇所には⑯の印、⑰から⑲までの訂正箇所には⑲の印、⑳から㉑までの訂正箇所には㉑の印、㉒から㉓までの訂正箇所には㉓の印、㉔から㉕までの訂正箇所には㉕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、⑰、㉑欄の期間の計算は、両端を入れて間違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。