

[ 給付開始 ]

【被保険者の注意事項】

- およびは健康保険の被保険者に書いてあります。は勤務先から交付される「賃金支払内訳票」などを見ればわかります。の被保険者の印は、被保険者自身が署名した場合に限り、押印は不要とすることができます。ただし、受取代理人の欄については、押印が必要となります。
- は、「検査員」「営業」「機械組立」または「経理担当事務」などと具体的に記載して下さい。
- の、は、それぞれ該当する文字を丸でかこんで下さい。なおの、は、請求書を提出するとき現在までのことを「受けた」「受けられない」に、また将来のことを「受けられる」「受けられない」にわたって、二つの事項を丸でかこんで下さい。

- の欄は、負傷したときの状況をなるべく詳しく、「いつ」「どこで」「何を」「どうしているとき」「なにが」「どうなって」「どこを」「どうした」「どのように具体的に記入して下さい。
- 傷病が第三者の行為によるものであるときは、別に「第三者行為による傷病(死)届」をこの請求書に添付して下さい。
- 給付金の受領を他人に委任する場合は、該当の欄に記入押印して下さい。
- 印の欄には記入しないで下さい。

同年月日	令和 年 月 日	常務理事	事務長	資 得 . .	
支 払 額	拾万 万 千 百 拾 円	業務課長	係長	係	格 喪 . .
					前 始 . .
支 給 決 議 書	支給期間	日数	日額	金額 円	回 終 . .
					108条該当
					一部不支給 全部不支給
支 給 決 議 書	2 3	2 3	2 3	2 3	障害・老齡
					年 金 額 円
					日額障・老
支 給 決 議 書	2 3	2 3	2 3	2 3	手 当 金 額 円

健康保険 傷病手当金請求書 (第 回目)

被 保 険 者 記 号 と 番 号	記 号	フリガナ	被 保 険 者 の 生 年 月 日
	番 号	被 保 険 者 の ( 請 求 者 ) 氏 名 ・ 押 印	昭 和 年 月 日 平 成
被 保 険 者 の 現 住 所	〒 _____ 方、 アパートなどハッキリ書いて下さい _____ 方		
事 業 所 称	被 保 険 者 の 標 準 報 酬 月 額	千円	
被 保 険 者 の 得 取 得 年 月 日	昭 和 ・ 平 成 ・ 令 和 年 月 日	被 保 険 者 の 業 務 の 種 別	(例) 検査員、機械組立、経理担当事務など
発 病 また は 負 傷 の 年 月 日	昭 和 ・ 平 成 ・ 令 和 年 月 日	傷 病 名	
発 病 の 状 態 また は 負 傷 の 原 因 を 詳 しく	ケガの場合はいつどこで、何をどうしているうち、どうゆうふう、どこを、どうしたというように詳しく書いて下さい		
疾 病 また は 負 傷 の 療 養 を す る た め に 休 ん だ 期 間	平 成 ・ 令 和 年 月 日 から	平 成 ・ 令 和 年 月 日 まで	日 間
う え の ① に 書 いた 期 間 の 分 の 報 酬 を 受 け ま し た か、 また は 受 け ら れ ま す か	受 け た ・ 受 け な い ・ 受 け ら れ る ・ 受 け ら れ な い		
	報 酬 支 払 を 受 け た と き、 また は 受 け ら れ る と き は、 そ の 報 酬 の 額 と そ の 報 酬 支 払 の 基 礎 と な っ た ( なる ) 期 間	年 月 日 から	年 月 日 まで
う え の ① に 書 いた 期 間 中 に 入 院 し た 期 間 が あ り ま す か	あ る ・ な い		
入 院 し た 期 間 が あ る と き は	病 院 名	病 院 の 所 在 地	
	入 院 し た 期 間	年 月 日 から 年 月 日 まで 日 間	
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	年 金 の 種 別	障 害 年 金 障 害 手 当 金	年 金 額
	年 金 を 受 け る こ と と な っ た 年 月 日	年 月 日	基 礎 年 金 番 号 及 び 年 金 証 書 の 年 金 コード

私は下記のことを代理人と定め、傷病手当金の受領を委任します。 \_\_\_\_\_ 令和 年 月 日

住 所 \_\_\_\_\_

本 人 氏 名 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

代 理 人 氏 名 \_\_\_\_\_

受付日付印

振込希望の金融機関(資格喪失後の受給者のみ)

銀行・信金 \_\_\_\_\_ 本・支店 \_\_\_\_\_ 普通・当座(N〇 \_\_\_\_\_)

フリガナ \_\_\_\_\_

口座名義 \_\_\_\_\_

出勤簿・賃金台帳のコピーを添付して下さい。

事業主が記入するところ	労務に服さなかった期間	平成・令和 年 月 日から	平成・令和 年 月 日まで	日間	
	う え の 期 間 中 の 分 と し て 支 払 報 酬 関 係	全額支給した場合または支給する場合	年 月 日から	年 月 日まで	金 円 (日額) (月 日支払) 金 円
		一部支給した場合または支給する場合	年 月 日から	年 月 日まで	金 円 (日額) (月 日支払) 金 円
現在までも また将来も支給しない場合は、その旨					
う え の と お り 相 違 い こ と を 証 明 し ま す。 _____ 令和 年 月 日					
住 所 _____		② _____			
事 業 主 氏 名 _____		電 話 ( _____ 局) _____ 番			

② 傷 病 名	③ 傷病が結核性であるか否か	結 核 性 非 結 核 性	
④ 発 病 また は 負 傷 の 原 因			
⑤ 発 病 また は 負 傷 の 年 月 日	平成 年 月 日	⑥ 療養の給付を開始した年月日	
⑦ 労 務 不 能 と 認 め た 期 間	年 月 日から	年 月 日まで	日 間
⑧ 左 の 期 間 中 の 診 療 実 日 数	_____ 日 間	⑨ 入 院 の 費 用 の 別	健保・自費・公費
⑩ 傷 病 の 主 状 態 お よ び 経 過 概 要	自・他覚症状・理学的所見・検査成績・安静度等について詳しく記載してください。		
⑪ ⑦ の ⑦ の 期 間 中 に 入 院 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
う え の と お り 相 違 い あ り ま せ ン。 _____ 令和 年 月 日			
⑫ 住 所 ( 所 在 地 ) _____	⑬ _____		
医 師 医 療 機 関 名 _____	⑭ _____		
⑮ 氏 名 _____	電 話 ( _____ 局) _____ 番		

(共通する注意)

- 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( から までの訂正箇所には の印、 から までの訂正箇所には②の印、②から③までの訂正箇所には④の印)を訂正印として押して下さい。
- 印はハッキリと押し、印洩れのないようにして下さい。
- 、 のBの、 ⑦および⑧の期間の計算は、両端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、7日間となります。

東京都金属プレス工業健康保険組合 電話 03(3634)5151

【事業主の注意事項】

- 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す。
- 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。
- 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】

- ⑥および⑧は、それぞれ該当する文字を丸でかこんで下さい。
- ⑩の欄は、初診日を記載するものでなく、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するものです。診療録の傷病名の開始欄などを見て記載して下さい。
- ⑨の欄は、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の年月日を、また結核性の疾病については、検疫成績、安静度、赤沈値、理学的所見などを記載して下さい。