

傷病手当金請求書(第 回)

| | | | | | | | |
|---------------|--|--|---------------------|---------------|---|-------------------------|--|
| 請求者本人が記入するところ | ① 被保険者の記号番号 | (記号) | (番号) | 事業所名称 | ② 被保険者の業務の種類 | | |
| | 被保険者の生年月日 | 年 | 月 | 日 | 傷病名 | 発病又は負傷年月日 | |
| | 老齢年金(等)受給 | 有・無・申請中 (有の場合は裁定通知書の写添付) | | 受給開始年月 | 年金証書記号番号 | 年金額 | |
| | 障害(厚生)年金受給 (受給病名) | 有・無・申請中 (有の場合は裁定通知書の写添付) | | 年 | 月 | 円 | |
| | 介護保険法のサービス | 保険者番号 | | 被保険者番号 | | 保険者名 | |
| | 発病又は負傷の原因 | (いつ) 年 月 日 (曜日) 午前・午後 時 分頃 (どこで) (何をしていたどのよう に負傷したか) ア.私用中 イ.工作中 ウ.通勤途中 エ.その他 () | | | | 第三者行為によるものですか はい・いいえ | |
| | 請求期間 *病気又はけがのため 休んだ期間 | 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間 | 左の期間に報酬を受けたか どうか | 受けた 受けていない | *受けている場合、分かる範囲で記入して下さい 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 報酬額 円 | | |
| | 上記の期間のうち 入院した期間 | 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間 | 入院した 病院の名称 | | | | |
| | 請求者 | ③上記のとおり請求する。 被保険者住所 (請求者) 〒 - 年 月 日 (方) ふりがな () 氏名 (請求者) _____ TEL _____ 大阪金属問屋健康保険組合理事長 様 | | | | | |
| | 給付金の受領方法 | 銀行振込 □ 健保組合の窓口支払い • 代理人に委任 | | | | | |
| 支払銀行の欄 | ④ふりがな () () 銀行 支店 店番 信用金庫 本店 _____ 口座番号 当・普 No. _____ ふりがな () 名義人氏名 _____ | | | | | | |
| 受取代理人の欄 | 本請求にもとづく給付金に関する権限を代理人に委任します。 代理人の氏名 _____ 被保険者住所 (請求者) _____ 代理人の住所 〒 - _____ 氏名 _____ | | | | | | |
| 備考 | 被保険者の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。 (マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認するための添付書類が必要です。) | | | | マイナンバー記載欄 | | |
| 受付年月日 | 支払年月日 | 領収書 | | | | | |
| | | 円 上記の金額を領収しました。 年 月 日 氏名 | | | | | |

事業主が証明するところ

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------|------------------|-------|-----|------------|---|-------|---|-------------------------|---|---|---|------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 被保険者氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 労務に服さなかった期間 | | | | 職場復帰について | | | | 報酬支給形態 | | | | 報酬の締切日・支払日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 令和 | 年 | 月 | 日から | ア. 欠勤中 | | | | ア. 月給制 | | | | イ. 日給月給制 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 令和 | 年 | 月 | 日まで | イ. 月 日から出勤 | | | | ウ. 日給制 | | | | エ. 時間給制 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (日間) | | | | ウ. 月 日退職予定 | | | | オ. その他 () | | | | 日締め 日払い | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 出勤状況 | 出勤は「○」 | 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 |
| | 欠勤は「×」 | 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 |
| | 有給は「有」 | 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 |
| | 早退は「早」 休日は「休」 | 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 |
| 欠勤しなかった場合の1ヶ月の報酬支払額 | | 年 月分 | | 年 月分 | | 年 月分 | | 欠勤した場合の報酬の支給方法 (控除計算方法) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 基本給 | | 月 日から | | 月 日から | | 月 日から | | 基本給は ア. 控除しない ・ イ. 控除する | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 通勤手当 | | 月 日まで | | 月 日まで | | 月 日まで | | 〔 欠勤1日につき 〕 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住宅手当 | | 円 | | 円 | | 円 | | 諸手当は ア. 控除しない ・ イ. 控除する | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 扶養手当 | | 円 | | 円 | | 円 | | 〔 欠勤1日につき 〕 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 手当 | | 円 | | 円 | | 円 | | 交通費は ア. 控除しない ・ イ. 控除する | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 手当 | | 円 | | 円 | | 円 | | (定期券(現物)支給) ・ (現金支給) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 円 | | 円 | | 円 | | 支給対象期間 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 円 | | 円 | | 円 | | 月 日 ~ 月 日分 円支給 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 合計 | | 円 | | 円 | | 円 | | その他 () | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| うえのとおり相違ないことを証明します。 | | | | | | | | 担当者氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所所在地 | | | | | | | | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所名称 | | | | | | | | 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業主氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

療養担当者が記入するところ

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------|-------|-----------------|-------------------------|-----------|-----------|-------|---|-------|----|---|---|--|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 患者氏名 | | | 労務不能の原因となった傷病名 | 発病又は負傷年月日 | 発病又は負傷の原因 | 診療開始日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 労務不能と認めた期間 | | | 1 | 年 月 日 | | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 令和 | 年 | 月 日から | 2 | 年 月 日 | | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 令和 | 年 | 月 日まで (日間) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記期間のうち入院した期間 | | | 3 | 年 月 日 | | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 令和 | 年 | 月 日から | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 令和 | 年 | 月 日まで (日間) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 診療実日数 | 転 帰 | (診療日を○で囲んでください) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 日 | ア. 継続 | イ. 転医 | 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 |
| | ウ. 治癒 | | 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 |
| | | | | 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 |
| 人工透析を実施、人工臓器を装着したときに記入する欄 | | | 手術年月日 | 令和 | 年 | 月 | 日 | 退院年月日 | 令和 | 年 | 月 | 日 | ① 労務不能期間における「主たる症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等をご記入ください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 人工透析実施 人工臓器装着 | | | 平成 令和 年 月 日 | | | | | | | | | ② 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をご記入ください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 人工臓器等の種類 | | | ア. 人工透析 イ. 人工肛門 ウ. 人工関節 | | | | | | | | | ③ 就労の見込みについて (ア. 年 月 日頃から就労可能見込み イ. 現時点では不明) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | エ. 人工骨頭 オ. 心臓ペースメーカー | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | カ. その他 () | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| うえのとおり相違ありません。 | | | | | | | | | | | | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関所在地 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関名称 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医師氏名 | | | | | | | | | | | | 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

○傷病手当金の受給歴や受診している医療機関に療養状況の確認、障害年金や雇用保険の受給状況などを確認する必要がある場合は、各関係機関へ給付記録等の照会を行います。

※取得した個人情報は、傷病手当金支給決定・審査の目的以外には利用いたしません。

同 意 書

大阪金属問屋健康保険組合 理事長 殿

私は、貴組合が傷病手当金の審査を行うにあたり、必要に応じ関係機関に対して健康保険加入記録・保険給付記録（雇用保険含む）・診療記録・年金受給記録などの照会を行うこと、また関係機関が貴組合の照会に対して回答すること（マイナンバーによる照会及び回答も含む）について同意します。

また、貴組合から健康保険法に基づく保険給付を受給するにあたり、他機関から給付等を受給した場合は速やかに貴組合に連絡するとともに、貴組合から受けた保険給付等を返納することに同意します。

本件については貴組合に対して一切の異議・請求等の申立をしないことを誓います。

なお、本書の写しも有効とします。

※関係機関とは、以前加入されていた健康保険の保険者、今回の傷病に関連のある受診医療機関、勤務されていた事業所、日本年金機構、職業安定所等を指します。

令和 年 月 日

氏 名 (自署)

※本人が署名できない場合は、代理人が下記代理人欄にご記入をお願いいたします。

被保険者氏名

代理人氏名

住 所

電 話 内 容

本人との続柄

本人が署名できない理由