

健康保険傷病手当金請求書 (第 回)

平成 年 月 日 提出

《添付書類》 出勤簿(写)・賃金台帳(写)・・・請求期間の含まれる給与計算期間分

※ 第1回目の請求、又は前回請求から期間が空いた請求の場合は、**休み始めた給与計算期間分の前月分からの出勤簿(写)・賃金台帳(写)**を添付してください。(給与計算期間の途中で休み始めた、又は出勤し始めた為、給与が日割りで計算されている場合は、賃金台帳(写)の余白部分に、**根拠となる計算式を記入してください。**)

◎記入するときは『記入上の注意』を参考に誤りのないようにしてください。初めての申請の方は次頁の第1回目申請用記入欄もご記入下さい。	① 被保険者の記号-番号	記号 番号	② 標準報酬 千円	役員で ある・ない	③ 業種の種別	
	④ 被保険者のフリガナ氏名	フリガナ 氏名	⑤ 生年月日	昭和 年 月 日 平成		
	⑥ 被保険者死亡の場合	フリガナ 氏名	請求者	⑦ 資格取得年月日	昭和 年 月 日 平成	
	⑧ 被保険者(請求者)の住所	〒 TEL () -		事業所の名称		
	⑨ 傷病名			⑩ 発病又は負傷年月日 年 月 日		
	病气や負傷で療養のため休んだ期間(請求期間)	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで		日間		
	⑪ 障害年金(手当金)の受給の有無	有 ・ 無 ・ 請求中		支給事由である傷病名		
	基礎年金番号及び年金コード					
	⑫ 老齢年金の受給の有無	有 ・ 無 ・ 請求中		基礎年金番号及び年金コード		
	⑬ 振込指定銀行	フリガナ フリガナ	普通・当座・その他 ()	銀行 [] 支店 [] 口座番号 [] 口座名義 [] ※振込は被保険者の口座に限ります。		
	⑭ 委任状	私こと、健康保険より受ける傷病手当金の受領を下記被委任者に委任します。 平成 年 月 日 被保険者住所 氏名 ⑩ 被委任者住所 氏名 ⑩				
	⑮ 備考	被保険者証記号番号に代えて個人番号で申請を希望される場合はご記入下さい。(その場合、個人番号及び本人を確認できる書類の添付が必要となります。)				

事業業主が証明する欄	① 勤務に服さなかった期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	日間	給料締切日 日締	給料支払日 日払	左の期間中の報酬について	支給した・一部支給した 支給する・一部支給する 支給しない		
	② 上の期間中の就労状況を(欠勤は○)、(公休は●)、(出勤は×)、(有給は△)印で該当日に表示してください。	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 日							
		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 日							
		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 日							
	③ ①の期間中における報酬の支給状況を記入して下さい。(支払のない場合は'0'を記入して下さい。)	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 日							
	年月分	報酬の計算期間	報酬の区分とその単価 報酬の支給額	基本給	諸手当				総支給額
				円	円	円	円	円	
	年 月 日から	(日額×日数)	(×)	(×)	(×)	(×)	(×)	円	
	月 月 日まで	実支給額	円	円	円	円	円	円	
	年 月 日から	(日額×日数)	(×)	(×)	(×)	(×)	(×)	円	
	月 月 日まで	実支給額	円	円	円	円	円	円	
	年 月 日から	(日額×日数)	(×)	(×)	(×)	(×)	(×)	円	
	月 月 日まで	実支給額	円	円	円	円	円	円	
	給与の種類を○で囲んで下さい。			月給・日給・日給月給・時間給・歩合給・					
	欠勤した場合の支給方法について該当するものに○印をつけて下さい。 ア. 基本給及び諸手当とも控除(一部)する。 イ. 基本給は全額支給し、諸手当を控除(一部)する。 ウ. 基本給のみ控除(一部)し、諸手当を全額支給する。 エ. その他(理由)								
上記のとおり相違ないことを証明します。 平成 年 月 日 (担当者) 事業所の所在地 TEL () - 名称 事業主の氏名 ⑩									

療養を担当した医師の意見欄	④ 傷病名	(1) 年 月 日 (2) 年 月 日 (3) 年 月 日 (労務不能の主傷病に○印)	診療開始日	(1) 年 月 日 (2) 年 月 日 (3) 年 月 日	⑤ ⑥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) 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 人工臓器を実施または人工臓器を装着したとき 人工臓器等の種類 ア. 人工肛門 イ. 人工関節 ウ. 人工骨頭 エ. 心臓ペースメーカー オ. 人工透析 カ. その他 () 人工透析を実施または人工臓器を装着した日 昭和・平成 年 月 日	
	発病又は負傷の年月日	(1) 年 月 日 発病・負傷 (2) 年 月 日 発病・負傷 (3) 年 月 日 発病・負傷	発病又は負傷の原因	(1) (2) (3)		
	⑥ 労務不能と認めた期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	左の期間中の診療実日数	日		⑦ 欄中の入院期間 年 月 日から 年 月 日まで
	手術年月日	年 月 日	退院年月日	年 月 日		
	療養費用の別	健保 自費 公費() その他	転 帰	治癒 繰越 中止 転医		
	診療日を○で囲んでください。	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 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 31				
	上記のとおり相違ないことを証明します。平成 年 月 日 医療機関 所在地 名称 担当医師 氏名 ⑩ TEL () -					

傷病手当金第1回目申請用記入欄

被保険者証 記号・番号	記号	番号
氏名・生年月日		S・H 年 月 日生
傷病名		
発病又は負傷の原因を詳しく 負傷日時及び外出時の負傷場所以外は該当事項を○で囲んでください	(1)いつ 平成 年 月 日(曜日) 午前・午後 時頃 (2)どこで 自宅・事務所・外出場所(私用・仕事) 自宅・事務所以外のときは、 [] その場所を記入 (3)どんな用事で何をしているとき 私用 []・通勤の行き帰り・仕事中 []	
第三者行為(事故等)によるものですか	はい・いいえ	
入院・通院状況	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日(労務不能期間)	
	入院 1. している(月 日~ 月 日) 2. していない	
	通院 1. している(回位/月) 2. していない	
療養状況	医師から受けている療養についての指導・注意等 投薬があるときは、投薬されている薬剤名	
医療機関名	住所	
	名称	
	担当医師名	
労務不能期間中の毎日の生活状況(該当全てに○)	a. 絶対安静 b. 終日横になっている c. 短時間起きているが、ほとんど横になっている d. 無理をしない普通の生活をしている e. 普通の生活をしている f. その他()	

傷病手当金支給審査上必要な状況および情報確認のため、当組合が担当医師等関係諸機関に照会する場合があります。

下記「同意書」に署名・捺印をお願いいたします。

同意書

私は、大阪府建築健康保険組合が傷病手当金の支給にかかる審査のため、関係諸機関に照会することに同意いたします。

氏名

