

受付年月日	年 月 日	決 裁			
		常務理事	事務長	担当者	
伺年月日	年 月 日				
決裁年月日	年 月 日				
支給 支払 決議書	支給額	円		資格取得	年 月 日
	支給開始	年 月 日		資格喪失	年 月 日
	支給期間	自	年 月 日	標準報酬月額	円
		至	年 月 日		
前回	始	年 月 日		備考	
	終	年 月 日			

傷病手当金請求書 (第 回日)

被 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 氏名			
	③事業所の名称			④資格取得日	年 月 日		
	⑤標準報酬月額	円		⑥被保険者の 業務の種別			
	⑦傷病名			⑧発病又は 負傷年月日	年 月 日		
				⑨初診日	年 月 日		
	⑩発病又は 負傷の原因	(詳細に記入)				⑪第三者行為に よるものですか	
						はい ・ いいえ	
	⑫労務に服することが できなかった期間	年 月 日 から		年 月 日 まで		日間	
	⑬上記期間の報酬の全部 または一部を受けたとき、 また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		年 月 日 まで		日間	
		受けた報酬額		円			
		受けることができる報酬額		円			
	⑭障害年金・障害手当金を 受けているとき、または 受けることができるとき	(ア) 種別	年金・手当金	(イ) 基礎年金番号・ 年金コード	(ウ) 支給開始 日	年 月 日	
		(エ) 支給理由の傷病名			(オ) 支給金額	円	
	⑮資格喪失者の方	(ア) 老齢又は退職を事由とする公的年金を受給していますか			はい ・ 請求中 ・ いいえ		
		(イ) 老齢年金の名称	(ウ) 基礎年金番号 または 年金コード	(エ) 受給年月日	(オ) 年金額		
			年 月 日	円			
			年 月 日	円			
⑯振込先	*既に健保に口座登録の方は不用						
	銀行		支店	普通	No.		
⑰ 上記のとおり申請します。	音羽健康保険組合理事長 殿		年 月 日				
	被保険者 住所						
	氏名		(印)				

事業主が証明するところ	⑱ 労務に服さなかった期間	年	月	日	から	日まで	日間	
	⑲ 上記期間の報酬の支払について	全部または一部支給する(した)場合	年	月	日	から	日まで	支給額 円
		現在また将来も支給しない場合は、その理由						
⑳	上記のとおり相違ないことを証明します。							
	住所	年 月 日						
	事業主	電話	()					
	氏名	㊟						

* 事業主は、申請期間中の出勤簿(タイムカード)及び賃金台帳の写しを必ず添付して下さい。

療養を担当した医師が意見を記入するところ	⑳ 傷病名		㉒ 発病または負傷の原因																														
	㉓ 発病又は負傷の年月日	年	月	日	㉔ 療養の給付開始年月日	年	月	日																									
	㉕ 労務不能と認めた期間	年	月	日	から	日まで	㉖ 診療実日数	日間																									
	㉗ 上記期間のうち入院した期間	年	月	日	から	日まで	入院費用の別	健自 保費 公費 その他																									
	㉘ 外来診療日(労務不能期間中の診療日を○で囲む)	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
	㉙ 傷病の主状態・経過概要	労務不能期間中の主たる症状																															
		治療内容・検査結果 療養指導(詳細に)																															
		前月(前回申請期間)の症状との比較																															
	㉚ 労務不能と認めた医学的な所見																																
㉛ 今後、労務不能と認められる期間及び意見	ア) 労務可能となる治療見込 理由： または () 週間後から労務可能 イ) 今のところ不明 理由：																																
㉜	上記のとおり相違ないことを証明します。																																
	住所	年 月 日																															
	医師 医療機関名	電話	()																														
	氏名	㊟																															

*被保険者 記入の際の注意事項

- ア. ①②④は、健康保険 被保険者証を見て記入してください。
⑤は、事業所担当者に金額確認をして、記入してください。
資格喪失者は、音羽健保へ問い合わせてください。
⑥は、労務していた際の業務内容を記入してください。
例) 営業・事務・編集・工場勤務 等
- イ. ⑦～⑪は、傷病手当金を申請する事由となった傷病について記入してください。
また⑩は、出来るだけ詳細に記入してください。
いつ、どこで、どのような状況で、傷病を発症したのか等です。
- ウ. ⑭は、傷病手当金を申請した傷病と、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してください。
また、障害年金証書の写し・支給開始並びに直近の支給額が分かる書類の写し、
障害手当金の支給額が分かる書類の写しを、必ず添付して提出して下さい。
- エ. ⑮は、老齢または退職を支給事由とする年金を受給している方は
必ず記入してください。 また、年金証書等の写し（支給開始年月・金額
直近の振込金額等が分かる内容の書類）を必ず添付して提出して下さい。
- オ. ⑯は、請求する被保険者本人の口座を記入してください。
すでに音羽健保に登録済みの方は記入不要です。
- カ. 訂正がある場合、二重線で訂正のうえ、この⑰欄で使用した印鑑を
訂正印として押してください。修正液は使用しないでください。

*事業主 記入の際の注意事項

- ア. ⑱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す。
- イ. 申請する傷病手当金の請求期間が、被保険者の資格喪失後の期間の場合は、
事業主の証明は必要ありません。

*医師 記入の際の注意事項

- ア. ⑲～⑳は、支給を決定する上で大変重要な項目になります。
詳細に、全項目記入してください。
- イ. ㉒の医師の印鑑は、個人印を使用して下さい。
訂正がある場合、二重線で訂正のうえ、この㉒欄で使用した印鑑を
訂正印として押してください。修正液は使用しないでください。