

・1ヶ月毎に請求してください。  
 ・請求書の所定欄に「事業主の証明」と「療養を担当した医師の意見」が必要です。

区分

|                    |                |                       |                    |  |       |
|--------------------|----------------|-----------------------|--------------------|--|-------|
| 受付年月日              | 年 月 日          | 決 裁                   |                    |  |       |
| 伺 年 月 日            | 年 月 日          |                       |                    |  | 台帳照合印 |
| 決 裁 年 月 日          | 年 月 日          |                       |                    |  |       |
| ※支給<br>内訳<br>支払決議書 | 支給額            | 円                     |                    |  |       |
|                    | 支給             | 傷病手当金                 | 円                  |  |       |
|                    | 内訳             | 傷病手当金付加金              | 円                  |  |       |
|                    | 支給開始           | 年 月 日                 |                    |  |       |
|                    | 支給期間           | 自 年 月 日 日間<br>至 年 月 日 |                    |  |       |
|                    | 前回             | 始                     | 年 月 日              |  |       |
|                    | 終              | 年 月 日                 |                    |  |       |
|                    | 資格取得           | 年 月 日                 |                    |  |       |
|                    | 資格喪失           | 年 月 日                 |                    |  |       |
|                    | 標準報酬日額         | 円                     |                    |  |       |
|                    | 障害年金額・日額障害手当金額 | 円(日額)                 |                    |  |       |
|                    | 老齢(退職)年金額      | 円(日額)                 |                    |  |       |
|                    | 全部・一部          | 期間                    | 年 月 日から 年 月 日まで 日間 |  |       |
|                    | 不支給            | 理由                    |                    |  |       |
|                    | 備考             |                       |                    |  |       |

## 傷病手当金・傷病手当金付加金請求書 (第 ○ 回目)

|  |   |   |                                     |                                     |                          |                           |                           |
|--|---|---|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|---------------------------|---------------------------|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>が<br>記<br>入<br>す<br>る<br>と<br>こ<br>ろ | ① 被保険者証の<br>記号・番号   | 2 - ○○○○  |                                     | ② 被保険者の<br>業務の種類                    | 事務員                      |                           |                           |
|  | ③ 事業所の名称<br>及び所在地   | 名称  | 横浜工場                                |                                     | ④ 所在地                    | 横浜市金沢区昭和町3175番地           |                           |
|  | ⑤ 資格を取得<br>した年月日  | ○○年 ○○月 ○○日   |                                     |                                     |                          |                           |                           |
|  | ⑥ 介護保険のサー<br>ビスを受けたとき   | 保険者<br>番号   | 健康保険資格取得日<br>(基本的には入社日)             |                                     |                          | 保険者<br>名称                 |                           |
|  | ⑦ 発病又は負傷<br>の年月日  | ○○年 11月 12日   |                                     | ⑧ 傷病名                               | ○○○○病                    |                           |                           |
|  | ⑨ 発病又は<br>負傷の原因   | 不詳  |                                     |                                     |                          |                           | ⑩ 第三者行為によるものですか<br>いいえ はい |
|  | ⑪ 労務に服することが<br>できなかった期間   | ○○年 11月 12日から<br>○○年 11月 30日まで  |                                     | 19 日間                               |                          |                           |                           |
|  | ⑫ 上記期間の報酬の全<br>部又は一部を受けた<br>とき、又は受けるこ<br>とができるときは、<br>その報酬額及び期間 | 年 月 日から<br>年 月 日まで  |                                     | 日間<br>円<br>円                        |                          |                           |                           |
|  | ⑬ 障害年金、障害手<br>当金を受けている<br>とき、又は受ける<br>ことができるとき                  | ⑭ 年金の種類   | 障害年金・障害手当金                          | ⑮ 年金額                               | ⑯ 年金の支給<br>事由となっ<br>た傷病名 |                           |                           |
|  |   | ⑰ 年金を受ける<br>こととなった<br>年 月 日   | 年 月 日                               | ⑱ 障害年金を受けて<br>いる場合は基礎年金<br>番号・年金コード |                          |                           |                           |
|  | 任意資格喪失者<br>の方   | ⑲ 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                |
|  |   | ⑳ 老 齢 (退 職)<br>年 金 の 名 称  | ㉑ 基礎年金番号及び<br>年金コード又は記号<br>番号若しくは番号 | ㉒ 受 給 年 月 日                         | ㉓ 年 金 額                  |                           |                           |
|  |   | 【注意事項】<br>訂正するときは二重線で抹消のうえ、正しい<br>内容を記載し、訂正者の氏名(サイン)また<br>は認印を押してください。<br>《例》 厚木<br>—横浜— (日飛) |                                     |                                     |                          |                           | 円<br>円<br>円               |
|  | ㉔ 年金の合計額  |   |                                     |                                     |                          | 円                         |                           |
| ⑮ 振込希望の<br>金融機関名   | 銀行・金庫・信組  |   |                                     |                                     |                          | 店・本店<br>支店・出張所            |                           |
|  | 普通<br>当座  | 口座番号  | フリガナ<br>口座名義                        |                                     |                          |                           |                           |
| ⑯ 上記のとおり申請します。   | ○○年 ○○月 ○○日   |   |                                     |                                     |                          |                           |                           |
| 日付、住<br>所、氏名を記<br>入する。個人<br>番号は記入し<br>ない。                | 住所 〒 222-0000<br>横浜市○○区○○町○-○○○                                 | 氏名 日飛 花子  | 被保険者個人番号                            |                                     |                          |                           |                           |
|  | 日本飛行機 健康保険組合理事長 殿   |   |                                     |                                     |                          | (被保険者証の記号・番号を記入した場合は不要です) |                           |

|             |                          |                     |   |
|-------------|--------------------------|---------------------|---|
| 事業主が証明するところ | ⑰ 労務に服さなかった期間            | 年 月 日から<br>年 月 日まで  | 日間  |
|             | ⑱ 上記の期間中の分として支払う報酬関係     | ⑰ 全額支給した場合、又は支給する場合 | 年 月 日から<br>年 月 日まで の分として 金 円 (日額 金 円)<br>( 月 日支払) |
|             |                          | ⑱ 一部支給した場合、又は支給する場合 | 年 月 日から<br>年 月 日まで の分として 金 円 (日額 金 円)<br>( 月 日支払) |
|             | ⑲ 現在までも又、将来も支給しない場合は、その旨 |                     |   |
|             | ⑲ 上記のとおり相違ないことを証明します。    | 年 月 日               |   |
|             | 住所 〒<br>事業主 氏名           | 電話 ( )              |   |

|                    |                |  |                     |             |                       |  |
|--------------------|----------------|--|---------------------|-------------|-----------------------|--|
| 療養を担当した医師が意見を書くところ | ⑳ 傷病名          | 〇〇〇〇病  |                     | ㉑ 発病又は負傷の原因 | 不詳                    |  |
|                    | ㉒ 発病又は負傷の年月日   | 〇〇年 11月 12日  | ㉓ 療養の給付を開始した年月日     | 〇〇年 11月 12日 |                       |  |
|                    | ㉔ 労務不能と認めた期間   | 〇〇年 11月 12日 から<br>〇〇年 11月 30日 まで                     | 19日間                | ㉕ 診療実日数     | 3日間                   |  |
|                    | ㉖ 傷病の主症状及び経過概要 | めまい、耳鳴り、嘔吐感が強く、業務に服することが困難である為<br>上記期間を労務不能と判断した。    |                     |             |                       |  |
|                    |                | 人工透析を実施又は人工臓器を<br>人工臓器等の種 類                          | 人工透析を実施又は人工臓器を装着した日 | 昭和・平成 年 月 日 |                       |  |
|                    |                | 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<br>オ.人工透析 カ.その他 ( ) |                     |             |                       |  |
|                    | ㉗              | 年 月 日 から<br>年 月 日 まで                                 | 日間                  | 入院費用の別      | 健自保公費<br>費 費 費 費 他    |  |
|                    | ㉘              | 上記のとおり相違ありません。                                       |                     | 〇〇年 〇〇月 〇〇日 | 証明日は労務不能と認めた期間以降となります |  |
|                    | 医療機関の名称        | 〇〇〇〇中央総合病院 耳鼻咽喉科                                     |                     |             |                       |  |
|                    | 医療機関の所在地 〒     | 222-0000<br>横浜市〇〇区〇〇町〇-〇〇-〇                          |                     |             |                       |  |
|                    | 医師の氏名          | 田口 優子  |                     | 電話          | 045 ( 〇〇〇 ) 〇〇〇〇      |  |

|              |   |                             |                |
|--------------|---|-----------------------------|----------------|
| 委任           | ⑲ 私は、                                       | を代理人と定め、次の権限を委任する。          |                |
|              | 年 月 日請求した傷病手当金・傷病手当付加金のうち<br>金 円也の受領に関すること。 | 〇〇年 〇〇月 〇〇日                 |                |
| 任            | 被保険者の住所 〒                                   | 222-0000<br>横浜市〇〇区〇〇町〇-〇〇-〇 |                |
|              | 氏名  | 日飛 花子                       |                |
|              | 代理人の住所 〒                                    |                             |                |
|              | 氏名  |                             |                |
|              | 委任者と代理人との関係                                 |                             |                |
| ⑳ 振込希望の金融機関名 | 銀行・金庫・信組                                    |                             | 店・本店<br>支店・出張所 |
|              | 普通当座  | 口座番号                        | フリガナ<br>口座名義   |

|     |                             |  |
|-----|-----------------------------|--|
| 領収書 | ⑳ 金 円也但し<br>うえの金額を領収いたしました。 | 事業主が証明するところ・療養を担当した医師が意見を書くところの訂正は、証明者の訂正であることの確認のため、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容とその脇に証明者の氏名(サイン)または認印を押印ください。 |
|     | 日本飛行機健康保険組合理事長 殿            |  |
|     | 住所 〒<br>受領者 氏名              |  |

## ●被保険者の注意事項

- ア. ①および⑤欄は、健康保険の被保険者証に書いてあります。
- イ. ⑥欄は療養のため、勤務に服することができ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ください。
- ウ. ⑨欄は、(〇〇年〇〇月〇〇日午前〇〇時ごろ)、どこで(自宅で) どうしているうち(清掃中に) どういうふうになって(二階の階段から足を踏み外して) どこを(右下腿部を打撲した) というように詳しく記載してください。
- エ. ⑬欄は、同一の疾病または負傷およ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、また、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ください。
- オ. ⑬欄で障害年金、障害手当金を現在請求中の場合(受けることができる)は、④欄のみにその旨を記入してください。
- カ. ⑬㊦欄は、受けている年金を○で囲んでください。
- キ. ⑬④㊦㊧欄は、障害年金を受けている場合また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ください。
- ク. ⑬㊨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ください。
- ケ. ⑭㊦欄は現在の年金受給状況を○で囲んでください。
- コ. ⑭①㊦㊧㊨欄は支給を証する書類等をみて記入してください。
- サ. ⑭㊩欄は年金の合計額を記入してください。
- ※⑭欄の補足
- 老齢または退職を支給事由とする年金該当者につきましては、平成13年3月28日付厚生労働省保険局保険課企画法令第1係より健康保険組合事務担当者宛事務連絡がなされ傷病手当金請求者に対しては請求書に老齢給付の年金証書またはこれに準ずる書類の写し、その額その支給開始年月を証する書類と直近の額を証明する書類等を添付させることとなっておりますので、被保険者に対しては本連絡を参照のうえご指導をお願いします。
- シ. ⑮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金融機関名を記入してください。
- ス. ⑯欄は、被保険者(本人)が署名した場合は、押印不要です。
- セ. 傷病が第三者の行為によるものであるときは、「第三者行為による傷病(死)届」を作成して、この請求書に添付してください。
- ソ. ⑳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金融機関名を記入してください。
- タ. ㉑欄は、被保険者(本人)が直接健康保険組合の窓口で受領するときに記入してください。
- チ. ※印の欄には記入しないでください。

## ●事業主の注意事項

- ア. ⑱欄の「全額支給」または「一部支給」とは、一日当たりの賃金の全額または一部の意味であること。
- イ. ⑱欄の㊦と④欄にわたるときは、両欄にそれぞれの事柄を記載すること。
- ウ. ⑱㊦欄は、「現在までも、また将来も支給しない」と記載してください。
- エ. ⑲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. ㉓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から、被保険者証の療養給付記録欄などをみて記載してください。
- イ. ㉔欄は、なるべく詳しく記載してください。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ください。人工透析または人工臓器等を装着したときは、実施日または装着日を記入してください。なお、人工臓器等を装着したときは、「人工臓器等の種類」を○で囲んでください。