

記入例

常務理事	事務長	調査	G L	担当

傷病手当金請求書(その1)

(第 ○ 回目)

三菱マテリアル健康保険組合

被保険者の
注意事項
5.4. 3 2. 1.

提出時には(その1)を合せて提出願います。また請求書の紛失を避ける為、その2にある保険証の記号・番号・氏名等は必ず記載願います。
 ⑨には具体的に記載してください。
 ②⑤の欄は、それぞれ該当する文字を丸で囲んでください。また、⑩⑪⑬の⑦は、それぞれ該当するほうに✓を入れてください。なお、⑬の⑦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」にわけて、それぞれ該当するほうに✓を入れてください。
 資格喪失後に請求する場合は、⑩の欄余白部分に被保険者振込口座を記入してください。
 個人情報取扱いについて
 この請求書に記載の個人情報、この給付金の支払業務に利用して請求し、給付金が支払われることに同意されたものとして処理します。

① 被保険者証の記号	記号	資格喪失後の場合は、 在職中の記号・番号を 記入してください	② 被保険者の氏名と生年月日	健保 太郎	印
	番号			S・H ○年○月○日(○歳)	
③ 被保険者の現住所	(郵便番号)	○○○-○○○○	東京都～		
			(電話番号) ××-××××-××××		
④ 事業所の名称	被保険者の勤務されている会社名(事業所名)を記入してください				
⑤ 被保険者資格取得した年月日	S	○年○月○日	⑥ 被保険者の業務内容	休業前の業務内容を記入してください	
	H				
⑦ 発病または負傷年月日	平成	○年○月○日	⑧ 傷病名	○○○○	
⑨ 発病の状態または負傷原因及び現在の状況を詳しく	発病の状態や申請時の傷病の状態と経過などを詳しく記入してください				
⑩ 第三者行為による負傷ですか	<input type="checkbox"/> はい	⑪ 第三者行為によって負傷したときは	その届出の有無	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> いいえ	
	<input type="checkbox"/> いいえ		第三者の氏名と住所(不明のときはその旨)	該当する場合は記入してください	
⑫ 発病または負傷の療養をするため休んだ期間	平成	○年○月○日 から	○○日間		
	平成	○年○月○日 まで			
⑬ ⑦ 上の⑫に書いた期間の分の報酬(賃金)を受けましたか、または受けられますか	<input checked="" type="checkbox"/> 受けた	<input checked="" type="checkbox"/> 受けられる			
	<input type="checkbox"/> 受けない	<input type="checkbox"/> 受けられない			
⑭ 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	平成	○年○月○日 から	の分として ○,○○○円		
	平成	○年○月○日 まで			
⑮ 上の⑫に書いた期間中に医療機関を受診した場合	⑯病院名	○○病院			
	⑰病院の所在地	埼玉県～			
⑯ 年金受給の有無	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	ある場合その種類	複数ある場合は全て記入してください		
⑰ ⑦ 介護保険サービス利用の有無	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない				
	⑱ 「ある」の場合、保険者番号・被保険者番号・保険者名称	保険者番号	被保険者番号	介護保険サービスを利用している場合は記入してください	
		保険者名称			
⑰ 上記給付金の受領方を右の者に委任します。					
平成		○年○月○日	住所		
被保険者名		健保 太郎	事業所名 事業所にて手続きするところ		
		印	代理受領者		
			印		

被保険者証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、本人確認をするための添付書類が必要です。)

備考欄	
-----	--

受付日付印

本記入見本は、一般的な事例をもとに作成していますので、記入方法に関してご不明な場合は、事業所担当者へご確認ください。

傷病手当金請求書(その2)

① 被保険者証の	記号	1234	② 被保険者の 氏名と生年月日	健保 太郎
	番号	567		(S) H ○年 ○月 ○日 (○歳)

事業主が証明するところ	⑮ 労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			
	⑯ 上の期間中の分として	⑰ 全額支給した場合 又は支給する場合	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 の()日分として 支給額 円(日額 円)平成 年 月 日 支払 事業主にて記入・証明するところ		
		⑱ 一部支給した場合 又は支給する場合	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 の()日分として 支給額 円(日額 円)平成 年 月 日 支払		
	⑲ 給与の種類	<input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 時間給	賃金計算	締日	日
		<input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> その他		支払日	<input type="checkbox"/> 当月 <input type="checkbox"/> 翌月 日
	⑳ 現物給与	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 の()日分として 支給額 円(日額 円)平成 年 月 日 支払			
㉑ 現在までも又将来も支給しない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				
㉒ 上記のとおり相違ないことを証明します。 平成 年 月 日 住所 事業主 氏名 (電話番号) 印					

(事業主の注意事項)

9. 8. 7. 6.

⑯の「全額支給」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あること。
⑰の⑰と⑱にわたるときは、両欄にそれぞれの事柄を記載してください。
⑲の⑲、⑳の欄は、該当するほうに✓を入れてください。
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、事業主の証明は不要です。

療養を担当した医師が意見を書くところ	㉓ 患者氏名					
	㉔ 傷病名		㉕ 療養の給付開始年月日	平成 年 月 日		
	㉖ 発病または負傷の年月日	平成 年 月 日	医師にて記入・証明するところ 発病または負傷の原因			
	㉗ 労務不能と認められた期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで 日間	㉘ 療養費用の別 <input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 公費() <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他			
	㉙ うち入院期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで 入院				
	㉚ 診療実日数	手術年月日	年 月 日	㉙ 療養費用の別 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 繰越 <input type="checkbox"/> 転医		
		退院年月日	年 月 日			
		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	
	㉛ 上記の期間中における「主たる症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等(詳しく)					
㉜ 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						
㉝ 上記のとおり相違ありません。 平成 年 月 日 医療機関の所在地 医療機関の名称 医師の氏名 (電話番号) 印						

(医師の注意事項)

10.

㉝の欄はなるべく詳しく記載してください。
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。

- (共通する注意)
- 訂正したところには、各記載者の氏名のわきに押した印と同じ印(①から⑰までの訂正箇所には②の印、⑱から㉒までの訂正箇所には②の印、㉓から㉝までの訂正箇所には②の印)を訂正印として押してください。
 - 印は、ハッキリと押し、印漏れのないようにしてください。
 - ⑮、⑱の⑰、⑱、⑲の⑲、⑳、㉑の⑲、㉒の⑲の期間の計算は、間違いなく計算してください。たとえば、6月13日から6月19日までは、7日間となります。