

※支給支払決議書	常務理事	事務長	係	担当者
	支給額	円		
	支給開始	年 月 日		
	支給期間	自 年 月 日 至 年 月 日 日間		
	前 回	始	年 月 日	
		終	年 月 日	

受付年月日		年	月	日
伺年月日		年	月	日
決裁年月日		年	月	日
資格取得		年	月	日
資格喪失		年	月	日
標準報酬月額平均		円		
障害年金額・日額		円(日額 円)		
障害手当金額				
全部・一部 不支給	期間	年	月	日から 日間
	理由	年	月	日 日まで 円

被保険者等記号・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。)

傷病手当金請求書 (第 回目)

備考欄	
-----	--

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	①被保険者等 記号・番号	—			②被保険者の 業務の種別				
	③事業所の名称 及び所在地	名 称				所 在 地			
	④資格を取得した 年月日	年 月 日			⑤標準報酬月額	千円			
	⑥発病又は負傷の 年月日	年 月 日			⑦傷病名				
	⑧発病又は負傷の 原因								
	⑨労務に服することが できなかった期間	年 月 日から			日間				
		年 月 日まで							
	⑩上記期間の報酬の全部又は 一部を受けたとき、又は受ける ことができるときは、その報酬額 及び期間	年 月 日から			日間				
		年 月 日まで							
		受けた報酬額			円				
		受けることができる報酬額			円				
	⑪第三者行為によるものですか	はい ・ いいえ			⑫労災保険をうけていますか	はい ・ いいえ			
	⑬障害年金、障害手当 金を受けているとき又は 受けることができる とき	(ア)年金 の種別	障害年金 ・ 障害手当金		(イ)年金額		(ウ)年金の 支給事由と なった傷病名		
		(エ)年金を受けるこ ととなった年月日	年 月 日		(オ)障害年金を受けている 場合は障害年金証書の 記号番号				
	⑭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)年金の名称				(ウ)年金額	(エ)受給 年月日	年 月 日			
⑮振込希望の金融機関	金融機関名	銀行 ・ 信金 ・ 農協					支店		
	口座番号	( 普通 ・ 当座 )			口座名義 (カタカナで記入)				
上記のとおり請求します。 年 月 日									
住所 〒 被保険者の 氏 名									
キクチ健康保険組合 殿									

事業主が証明するところ	⑯ 労務に服さなかった期間  出勤は○ 有給は△ 公休は公 欠勤は×		年 月 日から 年 月 日までの 日間															
			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													
			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													
			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													
	⑰ 上記の期間中の分として支払う報酬関係	(ア) 全額支給した場合、又は支給する場合	年 月 日から 年 月 日まで	金 円 の分として ( 月 日支払)	(日 額 金 円)													
		(イ) 一部支給した場合、又は支給する場合	年 月 日から 年 月 日まで	金 円 の分として ( 月 日支払)	(日 額 金 円)													
		(ウ) 現在までもまた将来も支給しない場合は、その旨																
	上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日																	
	事業主 住所氏名																	
	電話番号 ( )																	

療養を担当した医師が意見をかくところ	⑱ 傷病名		⑲ 発病又は負傷の原因	
	⑳ 発病又は負傷の年月日	年 月 日	㉑ 療養の給付を開始した年月日	年 月 日
	㉒ 労務不能と認めた期間	年 月 日から 年 月 日まで	㉓ 診療日数	日間
	㉔ 傷病の主症状および経過概要	入院した期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間
	上記のとおり相違ありません。 年 月 日			
医 師 住所氏名				
電話番号 ( )				

## 被保険者の注意事項

1. ①及び④欄は健康保険被保険者証に書いてあります。⑤欄は記入不要です。
2. ⑧欄は、いつ(〇〇年〇月〇日午前〇時)、どこで(自宅の庭で)、何を(薪を)、どうしているうち(割っているうち)、何が(薪の)、どういうふうになって(破片が飛んで)、どこを(顔を)、どうした(裂傷した)、というように詳しく記載して下さい。
3. ⑬欄は、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下さい。(ア)欄は該当するほうを○で囲んで下さい。(イ)(ウ)(エ)(オ)欄は支給を証する書類等をみて記入して下さい。  
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下さい。  
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とき)は、(オ)欄のみにその旨を記入して下さい。
4. 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」を作って、この請求書に添付して下さい。

## 事業主の注意事項

1. ⑰欄の「全額支給」または「一部支給」とは、一日当りの賃金の全部または一部の意味であること。
2. ⑰欄の(ア)と(イ)にわたるときは、両欄にそれぞれの事柄を記載すること。
3. ⑰欄の(ウ)は、「現在までにも、また将来も支給しない」と記載して下さい。
4. 被保険者の資格を喪失した後の期間に係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

1. ⑳欄は㉑欄の傷病名についての初診日を記載して下さい。
2. ㉔欄は症状及び経過、労務不能と認められた医学的な所見を詳しく記載して下さい。  
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、赤沈査、理学的所見等を記載して下さい。

## その他共通する事項

1. 訂正したところは、各記載者の氏名のわきに押した印と同じ印を訂正印として押して下さい。
2. 印はハッキリと押し、印漏れのないようにして下さい。
3. ⑨、⑯、㉒、㉔の期間の計算は、両端入れて間違いなく計算して下さい。  
たとえば6月13日から6月19日までは7日となります。