

※本件支給決定してよろしいか。				
常務理事	事務次長	課長	係長	適用年月
				取得月 額
				喪失月 額
計算式	×0. × 日	決定額	前回までの支給期間	千円
	×0. × 日	円	自 至	千円

健康保険傷病手当金請求書 (第 回目)

①被保険者証の記号・番号		②被保険者の業務の種類	
③事業所の名称・所在地		④資格を取得した年月日	
⑤標準報酬月額		⑥発病又は負傷の年月日	
⑦傷病名		⑧発病又は負傷の原因を記入してください。	

被保険者(請求者)が記入するところ			
⑨病気またはケガのため休んだ期間	年 月 日から 年 月 日まで	⑩発病又は負傷の年月日	年 月 日から 年 月 日まで
⑪⑫の期間に対して、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、その報酬額および受けた報酬額	円	⑬発病又は負傷の原因	円
⑪老人保健法による医療を受けていますか いいえ、はい⇒	市町村番号	⑭受給者番号	発行機関名
⑫介護保険法のサービスを受けていますか いいえ、はい⇒	保険者番号	被保険者番号	保険者名称
⑬障害年金、障害手当金を受けていますか いいえ、請求中・はい⇒	基礎年金番号	年金又は手当金の受給の原因となった傷病名	年 金 額
⑭任意継続被保険者の方及び資格喪失の方	基礎年金番号	年金又は退職を事由とする公的年金を受けていますか	いいえ・請求中・はい
⑮振込先金融機関名	農協 本店 普通 (フリガナ)	基礎年金番号	年 金
	銀行 支店 当座 No.	年金を受給されている方は年金コード又は、記号番号もしくは番号	円
	名義人の氏名	合計	円
⑯上記のとおり請求します。			
年 月 日		〒	
住 所		被保険者の(請求者) 氏 名	
		大阪府農協健康保険組合理事長 殿	
		相続人からの請求の場合には被保険者氏名	

備 考

⑰⑱の期間のうち労務に服さなかった期間		年 月 日 から 年 月 日まで	日 間
⑰全額支給した場合、又は支給する場合	⑲上の分として	金 (月 日支給) 金	円
⑱一部支給した場合、又は支給する場合	⑲下の分として	金 (月 日支給) 金	円
事業主が証明するところ			
⑲上記のとおり相違ないことを証明します。			
年 月 日		事業所の所在地	
		事業所の名称	
		事業主氏名・印	
		電話 ()	

⑲労務不能の原因となつた傷病名		⑲発病又は負傷の原因	
⑲発病又は負傷の年月日	年 月 日	⑲療養の給付を開始した年月日	年 月 日
⑲上の期間のうち労務不能と認められた期間	年 月 日から 年 月 日まで	⑲労務不能の期間中の診療実日数	日 間
⑲上の期間のうち入院した期間	年 月 日から 年 月 日まで		
⑲で労務不能と認められた期間について、傷病の主症状及び経過を詳しく記入してください			
⑲上記のとおり相違ありません。			
年 月 日		医療機関の所在地	
		医療機関の名称	
		医師の氏名・印	
		電話 ()	

⑲本請求に基づき給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。	
年 月 日	住 所
	被保険者の(請求者) 氏 名
	住 所
	代理人の 氏 名

◎記入するときは、うらの注意事項をよく読んで誤りのないようにしてください。

記入するときの注意事項（添付書類を含む）

◎被保険者（請求者）が記入するところ

- ①、③、④欄 健康保険被保険者証に記載されていますのでご覧ください。
- ②欄 あなたの仕事の内容を具体的に（経理担当事務員、店頭販売員などのように）記入してください。なお、すでに退職されている場合についても退職直前の仕事の内容を必ず記入して下さい。
- ⑤欄 勤務先から交付される「賃金支払内訳票」等をみて記入して下さい。
- ⑥欄 発病又は負傷の年月日を記入して下さい。
- ⑦欄 労務不能の原因となった傷病名を記入して下さい。
- ⑧欄 いっ（〇〇年〇月〇日午前〇時）、どこで（自宅の庭で）、なにを（薪を）、どうしているうちに（割っているうち）、なにが（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）というようにくわしく記入して下さい。（傷病名及び内容等によっては、別途「負傷証」の提出を求める場合があります。）
- ⑨欄 病気又はケガのため休んだ期間を記入して下さい。なお、日数は間違いないようお願いします。
- ⑩欄 ⑨欄の期間に対して、報酬を受けた期間及び金額を記入して下さい。
- ⑪欄 療養のため労務に服することができない期間中に老人保健法の医療を受けたときは、健康手帳の医療の受給資格を証する頁に記載されている市町村番号、受給者番号および発行機関名を記入して下さい。
- ⑫欄 介護保険の被保険者証に記載されている事項について記入して下さい。
- ⑬欄 いずれか該当するものを○で囲んでください。

障害厚生年金を受けているときは、基礎年金番号及び年金証書の年金コード・受給の原因となった傷病名を記入してください。また、「障害厚生年金（同一支給事由で障害基礎年金を受けているときは障害厚生年金及び障害基礎年金）の年金証書の写」及び「支払通知書の写」を添付してください。

障害手当金を受けたときは、基礎年金番号・受給の原因となった傷病名を記入し、「支払通知書の写」を添付してください。この場合、障害手当金を受けた日以後で、傷病手当金の支給が停止された期間について、医師の意見、事業主の証明が必要な場合があります。

⑭欄 老齢年金等を受けている方は基礎年金番号及び年金証書の年金コードを記入してください。

また、年金額が確認できる直近の「年金証書の写」及び「改定通知書の写」を添付してください。

⑮欄 被保険者（請求者）が直接受領するときに、被保険者（請求者）の希望する振込機関名等を記入して下さい。ただし、被保険者（請求者）名義のものに限ります。

なお、受領委任するときは、受取代理人名義のものを記入して下さい。

⑯欄 印鑑は、はっきりと押して下さい。ただし、被保険者が自ら署名する場合は、被保険者の押印は不要です。

なお、被保険者が死亡した場合は、相続人から請求することができます。この場合、⑯欄には請求者の氏名及び住所、〔 〕内に被保険者であった者の氏名を記入し、押印して下さい。

また、相続人であることが確認できる「戸籍謄本」等を添付して下さい。

◎事業主が証明するところ

⑰欄 ⑨欄の期間のうち実際に労務に服さなかった期間について記入して下さい。

⑱欄 ⑩欄の期間中における報酬の支給状況等について記入して下さい。

㉑欄 → ⑰欄の期間のうち一部の期間につき全額支給したときなど。

㉒欄 → 基本給の一部を控除したときや、通勤手当等の諸手当を控除したときなど。

㉓欄 → 就業規則〇条〇項、給与規程〇条〇項により「現在までも、また将来も支給しない」と記入して下さい。

なお、家族手当・役付手当・通勤手当・その他月を単位として諸手当が支給されている場合は含めて記入して下さい。ただし、超過勤務手当は除いて下さい。

⑲欄 記載内容について、事業主の証明を行って下さい。

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、事業主の証明を要しません。

ただし、支給要件の1つである待期間を確認するときに必要な場合があります。

◎医師が意見をかくところ

⑳～㉔欄 あなたが受診している医療機関の担当医師に記入してもらってください。

◎委任状の欄

㉔欄 この給付金の受取りを代理人に委任する場合は、被保険者（請求者）及び代理人それぞれが氏名、住所等を記入し、押印して下さい。

◎その他共通する注意事項

訂正したところは、各記載者が押印した印と同じ印を訂正印として押印して下さい。

◎支給決定に際し、別途、必要書類等の提出を求める場合があります。

◎被保険者証の記号番号に代えて個人番号により申請する場合は、備考欄へ記載してください。

（個人番号を記載した場合は、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。）

この請求書には、事業主証明欄並びに医師意見欄がありますが、これらの欄は給付金の請求事務を円滑に行うために設けているものです。

しかしながら、健康保険法施行規則における事業主証明書並びに医師意見書の取扱いについては、被保険者等が請求する場合は請求書に添付したうえ健保組合に提出することとされております。

つきましては、施行規則による方法で請求される場合は、被保険者記入欄についてのみ記入した請求書に、事業主証明書、医師意見書をそれぞれ添付のうえ提出していただいで結構です。