

受 付 年 月 日		年 月 日		決 裁				
				常務理事	理 事	事 務 長	担 当	台帳照合印
伺 年 月 日		年 月 日						
決 裁 年 月 日		年 月 日		資 格 取 得		年 月 日		
※支給支払決議書	支 給 額		円		資 格 喪 失		年 月 日	
	支給 内訳	傷病手当金 円		標 準 報 酬 月 額		千円 (第 級)		
				障害年金額・ 日額障害手当金額		円 (日額 円)		
				老齢(退職)年金額		円 (日額 円)		
	支 給 開 始		年 月 日		全部・一部 不 支 給	期間 理由	年 月 日から 日間 円	
	支 給 期 間		自 年 月 日 日間 至 年 月 日					
	前回	始	年 月 日					
	終	年 月 日		備 考				

傷病手当金請求書 (第 回目)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者等の 記号・番号	1 0 - 1 2 3 4			② 被 保 険 者 の 名	東 邦 太 郎		
	③ 事業所の名称	名 称	東邦ガス株式会社		課 所	人事部 人事サービスグループ		
	④ 資格を取得 した年月日	○年 ○月 ○日						
	⑤ 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						
	⑥ 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 受けた報酬額 円 受けることができる報酬額 円						
	⑦ 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	(ロ) 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		(ハ) 在籍中の方は記入不要です (第3口座へ振り込みます)			
	⑧ 振込希望の 金融機関名	○○○○ 金 庫 ・ 銀 行 郵便局 ・ 組 合 (普通・当座) ○○支店 No. ○○○○○○○○						
労務不能の意見をいただいた担当医師等へ症状の照会をする場合 がありますので、同意いただきますようお願いいたします。 (右記へご署名をお願いします)					担当医師等への症状照会に同意いたします。 署名 東 邦 太 郎			

事業主が証明するところ	⑨ 労務に服さなかった期間		○年 ○月 ○日から ○年 ○月 ○日まで ○日間	
	上記の期間中として支払う報酬関係	(7) 全額支給した場合、又は支給する場合	年 月 日から 金 円 の分として (日額 金 円) 年 月 日まで (月 日支払)	
		(4) 一部支給した場合、又は支給する場合	年 月 日から 金 円 の分として (日額 金 円) 年 月 日まで (月 日支払)	
		(7) 現在までも 又、将来も支給しない場合は、その旨	現在までも、また将来も支給しない	
⑩ 上記とおり相違ないことを証明します。 ○年 ○月 ○日 住 所 名古屋市熱田区桜田町19-18 事業主 氏 名 東邦ガス株式会社 電話 ○○○ 局 (○○○) ○○○○ 番				

療養を担当した医師が意見を書くところ	⑫ 傷 病 名	胃潰瘍	⑬ 発病又は負傷の原因	不詳	
	⑭ 発病又は負傷年月日	○年 ○月 ○日	⑮ 療養の給付を開始した年月日	○年 ○月 ○日	
	⑯ 労務不能と認めた期間	○年 ○月 ○日から ○年 ○月 ○日まで ○日間		⑰ 診療実日数	○日間
	⑱ 傷病の主症状 および経過概要	○○○○○○○○○○○○○○	⑲ 上記の期間中に入院をした期間がある場合はその期間	○年 ○月 ○日から ○年 ○月 ○日まで ○日間	
			入院の費用の別	健保 公費 自費 その他	
⑳ 上記とおり相違ありません。 ○年 ○月 ○日 住所 (所在地) 名古屋市○○区○○町20-2 医師 医療機関名 ○○病院 氏名 平成 太郎 電話 局 () 番					

給与承諾書の	㉑ 私はうへの金額を給与払いにて受領することを承諾します。 被保険者の (請求者) 氏名 東邦 太郎	
	④	

領収書の	㉒ 金 円也但し うへの金額を領収いたしました。 東邦ガス健康保険組合理事長 殿 住所 受領者 氏名	
	④	

記入方法については次ページの記載事項をご覧ください。

被保険者の注意事項

- ア. ①および④欄は、被保険者等に書いてあります。
- イ. ⑦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、又、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。
- ウ. ⑦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とき）は、(ハ)欄のみにその旨を記入して下さい。
- エ. ⑦(イ)欄は、受けている年金を○で囲んで下さい。
- オ. ⑦(イ)(ロ)(ハ)欄は、障害年金を受けている場合又は、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下さい。
- カ. ⑦(ハ)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下さい。
- キ. ⑧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機関名を記入して下さい。
- ク. 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。
- ケ. ⑫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下さい。

事業主の注意事項

- ア. ⑩欄の「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あること。
- イ. ⑩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。
- ウ. ⑩欄の(ロ)の欄は、「現在までも、また将来も支給しない」を記載して下さい。
- エ. ⑩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. ⑮欄は、初診日を記載するだけでなく、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、被保険者等の療養給付記録欄などをみて記載して下さい。
- イ. ⑮欄は、なるべく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、赤沈値、理学的所見などを記載して下さい。

その他共通する注意事項

- ア. 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（①から⑧までの訂正箇所には㉔の印、⑨から⑪までの訂正箇所には㉕の印、⑫から⑳までの訂正箇所には㉖の印、㉗の訂正箇所には㉘の印）を訂正印として押して下さい。
- イ. 印はハッキリと押し、印洩れのないようにして下さい。
- ウ. ⑤、⑨、⑮欄の期間の計算は、両端を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日間となります。