

傷病手当金請求書

①第 回目

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	②被保険者証の		③氏名		⑤			
	記号		④現住所		電話番号 - -			
	番号							
	⑥療養のため休んだ期間(請求期間)		平成 年 月 日	平成 年 月 日	日間			
	⑦⑥の期間に対して報酬を受けられますか			・受けた ・受けられるが受けていない ・受けられない				
	⑧障害年金、障害厚生年金障害手当金の受給状況について記入してください		1.受けていない					
			2.受けている	受給開始年月	年 月	年金証書の記号番号		
			3.現在請求中	請求年月日	年 月 日	請求書の提出先		
	⑨任意継続被保険者又は資格喪失後継続して傷病手当金を受けている方のみ 老齢又は退職を事由とする年金の受給状況については記入して下さい		1.受けていない					
			2.受けている	受給開始年月	年 月	年金証書の記号番号		
3.現在請求中			請求年月日	年 月 日	請求書の提出先			
⑩発病の状態又は、負傷の原因(第一回目のとき記入)		いつ		平成 年 月 日	午前	時 分		
		どこで						
		用務先・目的						
		その時の状況						
		第三者の行為によるものですか		・いいえ ・はい	第三者の(加害者の)住所・氏名	〒	住所	電話番号
		損害賠償について						

⑪委任状	傷病手当金の受領を		⑫に委任します。	
	平成 年 月 日		被保険者(請求者)氏名	

退職者用	銀行名	銀行・農協	本店	種別	当座	通帳番号	
振込先		金庫・信組	支店		普通		

千葉県機械金属健康保険組合

平成 年 月 日提出

受付日付印

支払日付印

◎欠勤控除がある場合は控除の仕方を付記してください。
 ◎「初回請求分」には、請求期間中及び請求期間前1ヶ月分（通常勤務分）の賃金台帳と出勤簿（タイムカード）の写を添付して下さい。

事業主が証明するところ	⑫ 労務に服さなかった日 (該当する日を○でかこむ)	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	合計	
			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	日間	
	⑬ 上の労務に服さなかった日について、報酬を支払ったときはその内訳 (月単位で支払われるものは30で除して1日当りの額で算出)																		
	支給期間										種類		支給額		1日当りの額				
	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで										日分		基本給		円		円		
	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで										日分		役付手当		円		円		
	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで										日分		家族手当		円		円		
	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで										日分		通勤手当		円		円		
平成 年 月 日から平成 年 月 日まで										日分		(その他)		円		円			
平成 年 月 日から平成 年 月 日まで										日分		(現物給与)		円		円			
平成 年 月 日から平成 年 月 日まで										日分		合計		円		円			
⑭ 労務に服さなかった日について、報酬を支払わない場合はその旨と理由																			
⑮ 被保険者の業務の内容				⑯ 被保険者の給与の形態				月給 日給 月給 日給 その他 ()				当月・翌月		日締切 日支払					
上記のとおり相違ないことを証明します。平成 年 月 日																			
⑰ 事業所の所在地 事業所の名称 事業主の氏名																			
⑱ 電話 — —																			

療養を担当した医師が意見を記入するところ	⑲ 傷病名	⑳ 発病又は負傷の原因		年 月 日			
		㉑ 発病又は負傷年月日		年 月 日			
		㉒ 療養の給付を開始した日		年 月 日			
	㉓ 傷病の主症状及び経過概要					㉔ 転 帰	治ゆ
							継続
		(手術年月日：平成 年 月 日)					中止
	㉕ 労務不能と認められた期間	年 月 日		日間		㉖ 左の期間中の診療実日数	日
		年 月 日		日間			㉗ 左の期間中の最終診療日
	㉘ 上の期間の内入院期間がある場合はその期間	年 月 日		日間		㉙ 入院費用の別	健康保険 老人保険 公費 自費 その他
		年 月 日		日間			年 月 日
㉚ 人工透析を開始した日又は人工臓器を装着した日	年 月 日		日間		年 月 日		
㉛ 人工臓器の種類 (人工関節、ペースメーカー等)							
上記のとおり相違ありません。平成 年 月 日							
⑳ 医療機関の所在地 医療機関の名称 医師の氏名							
㉑ 電話 — —							
㉒ (33) ㉓ (㉔)							

【記入上の注意】

1. 記入した字句を訂正する場合は、朱書二本線で抹消し⑤⑬⑳(33)欄で押印した印を訂正印として使用してください。
2. ⑩欄「発病の状態、又は負傷の原因」については、その詳細を記入すると共に、負傷の原因が第三者によるものであるときは第三者の住所、氏名、電話番号を記入し別紙「第三者行為による傷病届」を添付してください。
3. 証明書等が外国語で記載されている場合は、翻訳者の住所、氏名を明記した翻訳文を添付してください。
4. ⑧欄「障害年金、障害厚生年金、障害手当金の受給状況について」の欄は2及び3欄に該当の場合は、その次の各欄も記入してください。
5. ⑨欄「老齢や退職を事由とする年金の受給状況について」の欄は2及び3欄に該当の場合は、その次の各欄も記入してください。
6. 「初回請求分」には、請求期間中及び請求期間前1ヶ月分（通常勤務月分）の賃金台帳と出勤簿（又はタイムカード等）の写を添付してください。
また、欠勤控除がある場合は、控除の仕方を付記してください。
7. 障害年金、障害厚生年金、障害手当金を受けているときは、年金証書若しくは通知書等の写しを添付してください。
8. 「任意継続被保険者又は資格喪失後継続して傷病手当金を受けている方」が老齢または退職を事由とする年金を受けているときは、年金証書若しくは通知書等の写しを添付してください。

【注 意 事 項】

- ⑧欄「障害年金」「障害厚生年金」「障害手当金」を受給中及び請求中の方、又は支給停止となっている方
⑨欄「老齢や退職を支給事由とする年金」を受給中及び請求中の方、又は支給停止となっている方

上記年金を受給中又は請求中の方は、「障害年金・障害厚生年金・障害手当金の受給状況について」「老齢や退職を支給事由とする年金の受給状況について」の欄にある「2」又は「3」を必ず○で囲み、続く各欄も記入してください。

前記の各年金に該当しているものの「老齢（厚生）年金」「退職（共済）年金」「遺族（厚生）年金」等他の年金を選択したために支給停止となっている方は「1」を○で囲み次の余白欄に年金証書の記号番号を記入の上「支給停止中」と記入してください。

障害年金、障害厚生年金、障害手当金を受給している場合、傷病手当金の額が一部若しくは全部不支給となる場合があります。

老齢又は退職を支給事由とする年金を受けている任意継続被保険者又は資格喪失後継続して傷病手当金を受けている方は傷病手当金の額が一部若しくは全部不支給となる場合があります。