

## 「傷病手当金(付加金)請求書」 記入にあたり注意していただく事項

### (被保険者の方へ)

1. 欄は、被保険者証を確認のうえ記入してください。
2. 欄は、被保険者自ら署名する場合には押印は不要です。なお、被保険者以外の方の押印を省略することはできません。
3. 欄は、単に事務員と記入することなく「経理担当事務員」等具体的に記入してください。
4. 欄は、「はい」に を付けた方は、別に「第三者行為による傷病届」をこの請求書に添付してください。
5. 欄は、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ください。
6. 欄は、日時(いつ、何時頃)、場所(どこで)、何をしていた等具体的に記入してください。
7. 欄は、 欄又は 欄で「はい」又は「請求中」に を付けた方のみ、基礎年金番号を記入してください。
8. 欄は、 欄で「はい」に を付けた方のみ、老齢年金給付の年金証書又はこれに準ずる書類に記載されている年金コード又は記号番号もしくは番号を記入してください。
9. 給付金の受領方を他人に依頼するときは、受領代理人の欄に必要事項を記入してください。
10. 証明書等が外国語で記載されている場合は、翻訳者の住所及び氏名を明記した翻訳文を添付してください。

### (事業主の方へ)

1. 欄の 「全部支給」又は 「一部支給」とは、一日当たりの賃金の全部又は一部のことです。 は、「現在も将来も支給しない」と記入してください。
2. 第一回目の請求の場合には、出勤簿と賃金台帳の写を必ず添付してください。なお、第二回目以降の請求においては、賃金の全部又は一部の支給があった場合のみ、出勤簿と賃金台帳の写を添付してください。
3. 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、事業主の証明は必要ありません。

### (医師の方へ)

1. <sup>27</sup>欄は、なるべく詳しく記入してください。

### (共通する事項)

1. 、 、 、 、 及び<sup>23</sup>欄の期間の計算は、両端を入れて計算してください。例えば4月5日から4月15日までは、11日間となります。
2. 字句を訂正する場合は、誤った字句を抹消して氏名欄の認印を押し、その上に正しい字句を記入してください。

### (添付書類)

1. 欄で「はい」に を付けた方は、老齢退職年金給付の年金証書又はこれに準ずる書類の写及びその額及びその支給開始年月を証明する書類並びにその直近の額を証明する書類(年金額改定通知書等)を添付してください。

健康保険 傷病手当金(付加金)請求書 ( 回目)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号		被保険者 (請求者) の氏名	フリガナ						
	被保険者 (請求者) の住所	〒								
	事業所の名称									
	被保険者の 業務の種別		標準報酬月額	千円	第三者行為に よるものですか	はい・いいえ				
	介護保険法の サービスを受 けたとき	保険者 番号		被保険者 番号		保険者 名称				
	発病又は 負傷の年月日	昭和 平成	年	月	日	傷病名				
	発病又は負傷の原因									
	労務に服することができなかつた期間 (支給期間)	平成	年	月	日から	平成	年	月	日まで	日間
	上記期間に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 の報酬の額及びその期間	平成	年	月	日から	平成	年	月	日まで	日間
	障害厚生年金又は障害手当金 を受給していますか	基礎年金番号		障害厚生年金又は障害手当金の 受給の原因となった傷病名						
はい・いいえ・請求中										
任 意 継 続 被 保 険 者 の 方	資格喪失者の 方	年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・いいえ・請求中						
		年金コード又は記号番号もしくは番号		年金額						
				円						
				円						
				円						
年金の合計額		円								
振込希望銀行	銀行	預金種目		口座番号(右づめで記入)						
		普通 総合	当座							
	支店 出張所	フリガナ								
	口座名義人									

平成 年 月 日請求

受付日付印

民間放送健康保険組合

事 業 主 が 証 明 す る と こ ろ	労務に服さなかつた期間	平成	年	月	日から	平成	年	月	日まで	日間	
	上記の期間 中の分として 支払う報酬 関係	全部支給した場合 又は支給する場合	平成	年	月	日から	平成	年	月	日まで	円( 月 日支払) 円
		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	日まで	円( 月 日支払) 円
		現在も将来も支給 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。											
事業主住所 〒											
氏名											

療 養 を 担 当 し た 医 師 が 意 見 を か く と こ ろ	21 傷病名		22 発病又は 負傷の原因									
	23 発病又は 負傷の年月日	昭和 平成	年	月	日	24 療養の給付を 開始した年月日	昭和 平成	年	月	日		
	25 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	左の期間中の 診療実日数	日間
	26 入院した期間上記の期間 中に入院した期間がある 場合は、その期間	平成	年	月	日から	平成	年	月	日まで	日間		
	27 傷病、主症状及び経過概要											
	上記のとおり相違ないことを証明します。											
	医師住所(所在地) 〒											
医療機関名												
氏名												

受 取 代 理 人 の 欄	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。									
	平成 年 月 日									
	被保険者住所 〒									
	(請求者) 氏名									
	住所 〒									
代理人 氏名										
振込希望銀行	銀行	預金種目		口座番号(右づめで記入)						
		普通 総合	当座							
	支店 出張所	フリガナ								
	口座名義人									