

提出先：社員 ⇒ 人事担当者 ⇒ 小野薬品健康保険組合

## 傷病手当金・傷病手当付加金請求書

( 第 回目 )

|   |   |                                     |     |  |  |   |           |     |
|---|---|-------------------------------------|-----|--|--|---|-----------|-----|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>(<br>請<br>求<br>者<br>)<br>が<br>記<br>入<br>す<br>る<br>と<br>こ<br>ろ | ① 被保険者等   | 記号                                  | 番号  | ② 被保険者の<br>業務の種類                         |  |   |           |     |
|   | 事業所の名称<br>及び所在地   | 名称                                  |     |  | 所在地  |   |           |     |
|   | ③ 資格を取得<br>した年月日  | 年 月 日                               |     |  |  |   |           |     |
|   | ④ 発病又は負傷<br>の年月日  | 令和                                  | 年   | 月  | 日  | ⑤ 傷病名<br>(医師の傷病名と異なる場合は<br>医師の意見を優先します) |           |     |
|   | ⑥-1 傷病の原因   | 私傷病                                 |     | 交通事故/第三者行為<br>(7 別途届出が必要です)              |  | 労災/通勤途上<br>(⑥-2へ)                       |           |     |
|   | ⑥-2 労働災害、通勤<br>災害の認定を受けて<br>いますか  | はい                                  | 請求中 | 未請求                                      | 注) 業務上、通勤途上の原因による怪我・病気は<br>原則、労災給付の対象となります |   |           |     |
|   | ⑦ 労務に服することが<br>できなかった期間   | 令和                                  | 年   | 月  | 日から  | 日間                                      |           |     |
|   | ⑧ 上記期間の報酬の全部又は<br>一部を受けたとき、又は受け<br>ることができるときは、その<br>報酬額及び期間   | 令和                                  | 年   | 月  | 日から  | 日間                                      |           |     |
|   |   | 令和                                  | 年   | 月  | 日まで  |   |           |     |
|   | ⑨ ⑤の疾病又は負傷による<br>障害厚生年金又は障害手<br>当金を受給していますか。<br>※(ア)欄で「請求中」又は「はい」<br>のいずれかに○印を付けた<br>場合は(イ)～(カ)欄も記入   | (ア) いいえ                             | 請求中 | はい                                       | (イ) 年金の<br>種別                              | 障害厚生年金<br>障害手当金                         |           |     |
|   |   | (イ) 障害厚生年金を受けている場合<br>は基礎年金番号・年金コード |     |  | (エ) 年金額                                    | 円                                       |           |     |
|   |   | (オ) 年金の支給事由<br>となった傷病名              |     |  | (カ) 年金を受けること<br>となった年月日                    | 令和                                      | 年         | 月 日 |
|   | ⑩ 老齢又は退職を理由とする公<br>的年金を受給していますか。<br>※(ア)欄で「請求中」又は「はい」<br>のいずれかに○印を付けた<br>場合は(イ)～(オ)欄も記入<br>※社員の方は記入不要                                       | (ア) いいえ                             | 請求中 | はい                                       |  |   |           |     |
| (イ) 老齢(退職)<br>年金の名称   |   |                                     |     | (ウ) 基礎年金番号及び<br>年金コード又は記号番号<br>若しくは番号    |  |   |           |     |
| (エ) 年金額   |   | 円                                   |     | (オ) 年金を受けること<br>となった年月日                  | 令和   | 年                                       | 月 日       |     |
| ⑪ 介護保険法のサービス<br>を受けたとき  | 保険者<br>番号   |                                     |     | 被保険者<br>番号                               |  |   | 保険者<br>名称 |     |
| ⑫ 上記のとおり請求します。  | 〒 -   |                                     |     |  |  |   |           |     |
|   | 小野薬品健康保険組合理事長 殿   |                                     |     | 被保険者の住所<br>日中連絡可能な電話番号<br>連絡可能なメール<br>氏名 |  |   |           |     |
| 受<br>取<br>委<br>任<br>の<br>欄  | ⑬ 本請求に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。<br>令和 年 月 日<br>被保険者氏名<br><br>※ 会社を介して給付金を給与口座に振り込む際に必要となりますので当欄にもご署名をお願いします。<br>※ 但し、任意継続被保険者の方は、当欄への記入は不要です。 |                                     |     |  |  |   |           |     |

(裏面につづく)

| 健保組合使用欄 |     |     |
|---------|-----|-----|
| 常務理事    | 事務長 | 担当者 |
|         |     |     |

|   |                    |                                   |                            |                                     |
|---|--------------------|-----------------------------------|----------------------------|-------------------------------------|
| 事業主が証明するところ   | ⑭ 労務に服さなかった期間      |                                   | 令和 年 月 日から<br>令和 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 | (ア) 全額支給した場合、<br>又は支給する場合         | 令和 年 月 日 から<br>令和 年 月 日 まで | 金 円 ( 日 額 )<br>の分 ( 月 日支払 ) ( 金 円 ) |
|   |                    | (イ) 一部支給した場合、<br>又は支給する場合         | 令和 年 月 日 から<br>令和 年 月 日 まで | 金 円 ( 日 額 )<br>の分 ( 月 日支払 ) ( 金 円 ) |
|   |                    | (ウ) 現在までも又、<br>将来も支給しない<br>場合はその旨 |                            |                                     |
| ⑮ 上記のとおり相違ないことを証明します。<br>令和 年 月 日<br>所在地<br>事業所名<br>⑯ |                    |                                   |                            |                                     |

|  |                 |                            |                 |                            |    |
|--|-----------------|----------------------------|-----------------|----------------------------|----|
| 療養を担当した医師が意見を記入するところ   | ⑰ 傷病名           |                            | ⑱ 発病又は負傷の原因     |                            |    |
|  | ⑲ 発病又は負傷の年月日    | 令和 年 月 日                   | ⑳ 療養の給付を開始した年月日 | 令和 年 月 日                   |    |
|  | ㉑ 労務不能と認められた期間  | 令和 年 月 日から<br>令和 年 月 日まで   | 日間              | ㉒ 診療実日数<br>日間              |    |
|  | ㉓ 傷病の主症状および経過概要 | ㉔ 上記の期間中に入院をした期間がある場合はその期間 |                 | 令和 年 月 日 から<br>令和 年 月 日 まで | 日間 |
|  |                 | 入院の費用の別                    |                 | 健 保 公 費<br>自 費 其他          |    |
| ㉕ 上記のとおり相違ありません。<br>令和 年 月 日<br>医療機関の所在地<br>名称<br>医師名<br>電話 ( )<br>⑰ |                 |                            |                 |                            |    |

## ・被保険者の注意事項

- ア、①および③は、健康保険の被保険者証を見て記載すること。
- イ、⑥(ア)欄で印を付けた場合は、「第三者の行為による傷病届」を提出して下さい。
- ウ、⑨欄は、⑤の疾病又は負傷およびこれによって発した疾病により、障害厚生年金、障害手当金を受けている場合に記入するとともに障害厚生年金該当者は「障害厚生年金給付の年金証書またはこれに準ずる書類の写し」および「障害厚生年金給付の額、支給開始年月を証明する書類および障害厚生年金の直近の額を証明する書類(年金額改定通知書等)の写し」、又、障害手当金の該当者はその支給額を証明する書類を添付して下さい。
- エ、⑨(ア)欄で障害厚生年金、障害手当金を現在請求中の場合(受けることができる時)は、(ウ)欄のみ記入して下さい。
- オ、⑨(イ)欄は、受けている年金を○で囲んで下さい。
- カ、⑨(ウ)欄は、障害厚生年金を受けている場合に基礎年金番号を記入して下さい。
- キ、⑨(エ)(オ)(カ)欄は、障害厚生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明する書類等を見て記入して下さい。
- ク、⑩欄は、老齢(退職)年金を受けている場合に記入するとともに「老齢(退職)年金給付の年金証書の写し、又はこれに準ずる書類の写し」および「老齢退職年金給付の額、支給開始年月を証明する書類および老齢退職年金の直近の額を証明する書類(年金額改定通知書等)の写し」を添付して下さい。
- ケ、⑪欄は療養のため、労務に服することが出来ない期間中に介護保険法によるサービスを受けたときには被保険者証を見て記入して下さい。

## ・事業主の注意事項

- ア、⑮欄の(ア)「全部支給」または(イ)「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、⑮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、⑮欄の(ウ)の欄は、「現在までも又、将来も支給しない」と記載して下さい。
- エ、⑯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、⑳欄は、初診日を記載するのではなく、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して下さい。
- イ、㉓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⑬までの訂正箇所には⑭の印、⑭から⑯までの訂正箇所には⑰の印、⑰から㉓までの訂正箇所には㉔の印を訂正印として押して下さい。
- イ、印は、ハッキリ押し、印漏れのないようにして下さい。
- ウ、⑦、⑭、㉔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。