

- ・請求書はA4版2枚となりますので、離れないようにご注意ください。両面印刷は不要です。
- ・漏れなく記入してください。

1 2		健康保険 傷病手当金・付加金請求書										被保険者 (申請者)	記入用							
被保険者 (請求者) が記入するところ	被保険者証の記号	2	3	1	2	番号	1	0	0	0	被保険者の氏名 (請求者)	健康 太郎								
	被保険者の住所及び電話番号	〒 231 - 0000					電話 045 (xxx) xxxx													
	被保険者の勤務する (していた) 事業所名	医療法人〇〇会 〇〇病院					被保険者の職種	事務職												
	傷病名	虫垂炎					発病又は負傷の療養開始日	昭和・平成 28 年 12 月 10 日												
	発病または負傷した原因を詳しく記載してください	早朝、腹痛がひどく病院を受診したところ虫垂炎と判明し入院した <small>負傷の原因が外傷等によるものであるときは、「負傷原因届」を添付してください 負傷の原因が第三者行為によるものであるときは、「第三者行為による負傷疾病届」を添付してください</small>																		
	療養のため休んだ期間 (請求期間)	平成 28 年 12 月 10 日から 11 日間					左記の期間に報酬を受けましたか、または今後受けられますか	<input checked="" type="checkbox"/> 受けた・受けていない <input type="checkbox"/> 今後受ける <input type="checkbox"/> 今後受けない												
	報酬の支払を「受けた(今後受ける)」ときは、その報酬の額と、その期間	平成 28 年 12 月 1 日から平成 28 年 12 月 31 日まで					21,000 円													
	資格喪失者及び任意継続者の方	老齢又は退職を事由とする公的年金を受給していますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/> 請求中 <input type="checkbox"/> いいえ					基礎年金番号・年金コード													
	障害厚生年金又は障害手当金を受給していますか	<input type="checkbox"/> はい (障害厚生年金・障害手当金) <input type="checkbox"/> 請求中 <input checked="" type="checkbox"/> いいえ					年金額 円													
	「はい」または「請求中」のときは、要因となった(なる)傷病名	傷病名 :																		
基礎年金番号・年金コード																				
今回の請求は労災保険から休業補償給付を受けている期間のものですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 労災請求中 <input checked="" type="checkbox"/> いいえ					労働基準監督署														
「はい」又は「労災請求中」のときは、支給元(請求先)の労基署を記載してください																				
介護保険サービスを受けたとき	保険者名称					保険者番号														
備考欄																				
被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより請求する場合は「備考欄」に記載してください。(マイナンバーを記載した場合、個人番号確認と本人確認をするための添付書類が必要となります。)																				
金融機関先	金融機関コード	1	2	3	4	本店番号	5	6	7	預金種別	普通・当座		口座番号	1	2	3	4	5	6	7
	健康	<input checked="" type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 組合		区内		<input checked="" type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店		口座名義人 (カタカナ)		ケンコウ タロウ										
受取代理人欄	当請求に基づく給付金に関する権限を代理人に委任します。 ※委任をしない場合はこの欄の記入は不要です。													受付日付印						
被保険者 (請求者) の氏名と印	平成 年 月 日					代理人住所														
						代理人氏名と印														
						代理人連絡先 電話 ()														
神奈川県医療従事者健康保険組合 H 29.1																				

被保険者(被保険者死亡の際は請求者)氏名をご記入ください。

被保険者(被保険者死亡の際は請求者)のご住所をご記入ください。

発病した日、ケガをした日をご記入ください。

原因が判らない場合は、発病から療養に至った状況などをご記入ください。

負傷の原因が「骨折」など外傷等によるものであるときは、「負傷原因届」を添付してください。

「はい」の場合は年金額の判る書類を添付してください。(資格喪失後に請求される方のみ項目です)

「はい」の場合は年金額の判る書類を添付してください。(今回請求する傷病手当金と同一の疾病等により受給されている方)

従来どおり被保険者記号・番号をご記入いただいた場合は、マイナンバーの記入は不要です。

通帳を確認のうえ、正確にご記入ください。

ゆうちょ銀行を指定する場合は、8で終わる振込み用の「店番」と、「口座番号」をご記入ください。

それぞれ別の印を使用してください。

- ・被保険者以外の口座を指定する場合は、委任が必要です。

受取代理人欄	当請求に基づく給付金に関する権限を代理人に委任します。 ※委任をしない場合はこの欄の記入は不要です。													
被保険者 (請求者) の氏名と印	平成 28 年 12 月 21 日					代理人住所 横浜市中区長者町〇〇-〇〇 〇〇ハイツ〇〇号室								
						代理人氏名と印 健康 花子								
						代理人連絡先 電話 045 (999) 0000								
神奈川県医療従事者健康保険組合 H 29.1														

新項目 ご記入ください。

新項目 ご記入ください。

1 2

健康保険 傷病手当金・付加金請求書

事業主 療養担当者 記入用

被保険者氏名	健康 太郎		被保険者 記号番号	2312 - 1000																											
被保険者が労務に服さなかった期間	平成 28 年 12 月 10 日から 28 年 12 月 20 日まで 11 日間			出勤	有給	欠勤																									
	28 年 12 月 1 日 2 日 3 日 4 日 5 日 6 日 7 日 8 日 9 日 10 日 11 日 12 日 13 日 14 日 15 日 16 日 17 日 18 日 19 日 20 日 21 日 22 日 23 日 24 日 25 日 26 日 27 日 28 日 29 日 30 日 31 日			12 日	1 日	6 日																									
年 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
年 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
年 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
年 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
労務に服さなかった期間に対する賃金支給状況	<input type="checkbox"/> 現在まで、または将来も、支給しない			<input checked="" type="checkbox"/> 全部または一部支給した (する)																											
賃金形態	<input checked="" type="checkbox"/> 月給 ・ <input type="checkbox"/> 日給月給 ・ <input type="checkbox"/> 日給 ・ <input type="checkbox"/> 時間給 ・ <input type="checkbox"/> その他 ()																														
賃金締日・支払日	締切日: 毎月 末 日締			支払日: 当月 翌月 25 日支払																											
労務に服さなかった期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況				賃金計算方法 (欠勤控除・時給等)																											
基本給	28 年 12 月 1 日から 28 年 12 月 31 日まで			150,000 円																											
	(28 年 12 月 25 日支払)			(日額 10,000円)																											
通勤 手当	28 年 12 月 1 日から 28 年 12 月 31 日まで			21,000 円																											
	(28 年 12 月 25 日支払)			(日額 1,000円)																											
手当	年 月 日から 年 月 日まで			円																											
	(年 月 日支払)			(日額 円)																											
上記のとおり相違ないことを証明します。				担当者	風見 百合																										
事業所所在地	〒231-0000 横浜市中央区〇〇 1-1		平成 29 年 1 月 10 日	氏名																											
事業所名称	医療法人〇〇会 〇〇病院																														
事業主氏名	医療 一部		電話	045 (000) 0000																											

勤務状況は給与締日の翌日から締日までご記入ください。

勤務状況は【出勤は○】、【有給は△】、【公休は公】、【欠勤は/】で表示してください。

第1回目請求分には労務に服することができなかった期間を含む出勤簿(タイムカード)の写しと、賃金台帳の写しを添付してください。(給与支給がある場合は第2回目以降も必要)

請求期間を含む締日までの賃金台帳の添付があれば記入不要です。「計算方法」は賃金台帳にご記入ください。

新項目 ご記入ください。

第1回目請求分には労務に服することができなかった期間を含む出勤簿(タイムカード)の写しと賃金台帳の写しを添付してください。勤務状況は【出勤は○】、【有給は△】、【公休は公】、【欠勤は/】で表示してください。

患者氏名	健康 太郎	患者生年月日	昭和 41 年 7 月 24 日
傷病名	虫垂炎	発病又は負傷の年月日	昭和 28 年 12 月 10 日
発病の状態又は負傷の原因	激しい腹痛により緊急入院	療養の給付開始年月日	昭和 28 年 12 月 10 日
労務不能と認められた期間	平成 28 年 12 月 10 日から 11 日間	左の期間における入院期間	平成 28 年 12 月 10 日から 9 日間
上記労務不能と認められた期間中の診療実日数	9 日間	就労可能予定年月日	平成 28 年 12 月 21 日頃
※労務不能と認められた症状について詳しく記載してください 平成28年12月10日 虫垂炎切除施行 術後経過良好、退院後3日間の自宅療養を指示した			
上記のとおり相違ありません。			
医療機関の所在地	横浜市中央区〇〇	平成 28 年 12 月 21 日	
医療機関の名称	医療法人〇〇会 横浜〇〇病院		
医師の氏名	横浜太郎	電話	045 (000) 2222

医療機関から受け取られた際は、記入漏れが無いかご確認をお願いします。

「療養の給付開始日」(初診日)の漏れが多く見受けられます。ご注意ください。

「労務不能と認められた期間」以降の日付であることをご確認ください。