

# 傷病手当金・傷病手当付加金請求書

**記入例： 傷病手当金・傷病手当付加金請求書**

**傷病手当金・傷病手当付加金請求書**

**※ A3でプリントアウトして下さい。**

**A3用紙がない場合は、縮小してB4出力可。**

**ご注意：A4は不可です。**

## 傷病手当金・傷病手当付加金請求書記入上の注意

1. 記入された内容（記号・番号・生年月日など）が正しいかチェック。
2. 記入もれがないか確認、記入方法が分からない場合は、事業所（会社）申請窓口へ確認して下さい。

その他、お問い合わせは

ワールド健保ホームページのトップページ、「届出・申請について」をクリックして「会社別届出一覧表」を開き、事業所（会社）申請窓口へ直接お問い合わせ下さい。

支給決定伺

常務理事	事務長	課長	係	支給期間	
				自 年 月 日	日間
				至 年 月 日 (内 日間)	日間
内訳	傷病手当金	円	支給決定額	円	
	傷病手当付加金	円		円	
支給決定日		年 月 日	支給開始 年 月 日		
入院期間		年 月 日~ 年 月 日	全部・一部・不支給		

記入例

回数必ず記入のこと。

傷病手当金・傷病手当付加金請求書 (第 1 回)

被保険者証の記号番号	10 99999	被保険者の氏名と印	健保 明子 印	
被保険者の現住所	〒000-1111 〇〇市△△町〇△×1-2-3-401			
被保険者の電話番号	005-111-1234	生年月日	昭和 平成 45年 5月 30日	
事業所名称	(株)ワールドストアパートナーズ	被保険者の標準報酬月額	240 千円	
資格取得日	昭和 平成 5年 10月 1日	被保険者の業務の種類	販売職	
資格喪失日	平成 年 月 日	傷病名	胃潰瘍	
発病・負傷の原因	不明	発病負傷年月日	平成 16年 5月 末日 頃	
疾病・負傷の療養をするため休んだ期間 (請求期間)	平成 16年 6月 15日 から 平成 16年 7月 20日 まで 36 日間			
上記期間に報酬を受けましたか、又は受けられますか	受けた ・ 受けない 受けられる ・ 受けられない	報酬を受けたときは又は受けられるときは、その報酬額とその報酬額支払の基礎となった期間	H16年 6月 15日 から H16年 6月 30日 までの分として 全額支給 円	
障害年金、障害手当金を受けているとき、又は受け取ることができるとき	年金の種類別	障害年金・障害手当金	年金の支給事由となった傷病名	
	年金を受けることとなった年月日	平成 年 月 日	障害年金を受けている場合は基礎年金番号・年金コード	
資格喪失者 任意継続被保険者	高齢又は退職を事由とする公的年金を受給していますか			
	老齢(退職)年金の名称	基礎年金番号及び年金コード又は記号番号	受給年月日	
			年 月 日	
			年 月 日	
		年金の合計額 円		
振込先	銀行名	神戸銀行	口座	5555555
	支店名	本店	口座名義(カタカナ)	ケンポメイコ
上記により、傷病手当金を請求します。 平成 16年 7月 31日 ワールド健康保険組合理事長 殿 氏名 健保 明子 印				

必ず事業所で記入のこと。

※資格喪失者及び任意継続被保険者は必ず記入して下さい。

労務に服さなかった期間	平成 16年 6月 15日 から 平成 16年 7月 20日 まで 36 日間
上記労務に服さなかった日の内訳(出勤は○で、有給は△で、公休は◇で、欠勤は/でそれぞれ表示してください。)	
16年6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
16年7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
事業主が証明する欄	上記の通り相違ないことを証明します。 平成 年 月 日 住所 事業主 氏名 印
上の期間中の報酬の分として係	全額支給した場合又は支給する場合 H16年 6月 15日 から H16年 6月 30日 まで (有休のため 全額支給) の分 ¥ 日額 円 (月 日支払) 一部支給した場合又は支給する場合 年 月 日から 年 月 日まで (月 日支払) の分 ¥ 日額 円 (月 日支払) 現在までも又将来も支給しない場合はその旨 H16年 7月 1日~20日まで: 欠勤の無支給 従業員就業規則及び給与規程、退職規程による

カレンダーに印(△・◇・/など...)を付けてください。

事業主欄の訂正は事業主印でお願いします。

傷病名	療養の給付開始年月日	平成 年 月 日
発病又は負傷の年月日	発病又は負傷の原因	
労務不能と認められた期間	左の期間中の診療実日数	日間
上記期間のうち入院した期間	療養費用の別	健保 自費 公費 その他
	転 帰	治癒 繰越 中止 転医
傷病の主症状及び経過概要	労務可能見込年月日	年 月 日頃
うえのとおり相違ありません。 平成 年 月 日 医師 住所 氏名 印		

※請求期間に受診していた医師の証明を頂いてください。

※被保険者以外の口座に振込む場合に記入してください。

受取代理人の欄	本請求に基づく給付金の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 印		
代理人の住所	〒		
代理人の氏名			
振込先	銀行名	口座	
	支店名	口座名義(カタカナ)	

支給決定伺

常務理事	事務長	課長	係	支給期間	
				自 年 月 日	日間
				至 年 月 日 (内 日間)	
内訳	傷病手当金	円	支給決定額		円
	傷病手当付加金	円			
支給決定日		年 月 日	支給開始	年 月 日	
入院期間		年 月 日~ 年 月 日	全部・一部・不支給		

傷病手当金・傷病手当付加金請求書 (第 回)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の記号番号		被保険者の氏名と印	印	
	被保険者の現住所	〒			
	被保険者の電話番号		生年月日	昭和 平成 年 月 日	
	事業所名称		被保険者の標準報酬月額	千円	
	資格取得日	昭和 平成 年 月 日	被保険者の業務の種類		
	資格喪失日	平成 年 月 日	傷病名		
	発病・負傷の原因		発病負傷年月日	平成 年 月 日	
	疾病・負傷の療養をするため休んだ期間(請求期間)	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで		日間	
	上記期間に報酬を受けましたか、又は受けられますか	受けた・受けない 受けられる・受けられない	報酬を受けたときは又は受けられるときは、その報酬額とその報酬額支払の基礎となった期間	年 月 日 から 年 月 日 までの分として 円	
	障害年金、障害手当金を受けているとき、又は受け取ることができるとき	年金の種類別	障害年金・障害手当金	年金額	年金の支給事由となった傷病名
		年金を受けることとなった年月日	平成 年 月 日		障害年金を受けている場合は基礎年金番号・年金コード
	資格喪失者 任意継続被保険者	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			
		老齢(退職)年金の名称	基礎年金番号及び年金コード又は記号番号	受給年月日	年金額
				年 月 日	円
				年 月 日	円
		年金の合計額		円	
振込先	銀行名	口座			
	支店名	口座名義(カタカナ)			
本請求は事業主経由であることに同意した上で請求します。 平成 年 月 日 ワールド健康保険組合理事長 殿 氏名 印					

事業主が証明する欄	労務に服さなかった期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	日間	
	上記労務に服さなかった日の内訳(出勤は○で、有給は△で、公休は◇で、欠勤は/でそれぞれ表示してください。)			
	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		
	上の期間中の報酬の分として	全額支給した場合又は支給する場合	年 月 日から 年 月 日まで	の分 ¥ 日額 円 ( 月 日支払)
		一部支給した場合又は支給する場合	年 月 日から 年 月 日まで	の分 ¥ 日額 円 ( 月 日支払)
		現在までも又将来も支給しない場合はその旨		
	うえのとおり相違ないことを証明します。 平成 年 月 日 住所 事業主 氏名 印			

療養を担当した医師が意見を書くところ	傷病名		療養の給付開始年月日	平成 年 月 日
	発病又は負傷の年月日	平成 年 月 日	発病又は負傷の原因	
	労務不能と認められた期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間	左の期間中の診療実日数	日間
	上記期間のうち入院した期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間	療養費用の別	健保 自費 公費 その他 転 帰 治癒 繰越 中止 転医
	傷病の主症状及び経過概要			
		労務可能見込年月日	年 月 日頃	
	うえのとおり相違ありません。 平成 年 月 日 医師 住所 氏名 印			

受取代理人の欄	本請求に基づく給付金の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 印			
	代理人の住所	〒		
	代理人の氏名			
	振込先	銀行名	口座	
支店名		口座名義(カタカナ)		