届書コード	※支給決定・支出決議書					常務理事	部長	課長	主任	担当者
631	決定日	年 月 日	支給日	年 月 日						
資格関係照合	取得 強制	年 月 日	喪失 強制	年 月 日						
	任継	年 月 日	任継	年 月 日						

支給期間	自 年 月 日 / 至 年 月 日	出勤 日 / 有給 日	支給日数 日	支給決定額（要¥マーク・訂正不可）	千万 百万 拾万 万 千 百 拾 円

起算日	これまでの支給期間	支給状況	給付日額	直近1年 平均月額	平均日額	給付日額
1. 傷病 年 月 日	自 年 月 日	法定日数 日	有・無	円	円	円
2. 傷病 年 月 日	至 年 月 日	支給通算 日				
		残存日数 日	(全平均)	円	円	円

支給内訳	
	年 月 日から 年 月 日まで（給付日額 円－ 円）× 日間＝ 円
	年 月 日から 年 月 日まで（給付日額 円－ 円）× 日間＝ 円
	年 月 日から 年 月 日まで（給付日額 円－ 円）× 日間＝ 円
	年 月 日から 年 月 日まで（給付日額 円－ 円）× 日間＝ 円

傷病手当金請求書（第 回）

◎記入するときは、うらの注意事項をよく読んで誤りのないようにしてください。

被保険者（請求者）が記入するところ

健康保険被保険者等の記号・番号	被保険者の生年月日	事業所の名称
	昭・平 年 月 日	

法人の役員ですか	被保険者の業務の種類（既に退職している場合は退職前の業務の種類）
いいえ・はい	（詳しく）

請求期間（病気又はケガのため休んだ期間）		左記の期間（請求期間）に給料を受けましたか
令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間	ただし（具体的な日付を記入してください） は出勤 は有給休暇	ア．全部受けた イ．全部受けられる ウ．一部受けた エ．一部受けられる オ．受けられない 年 月 日から 年 月 日まで 日分 円

請求の原因となった傷病名	負傷（ケガ）は第三者の行為によるものですか	負傷（ケガ）の原因・状況
ケガ・病気 ⇨	はい・いいえ（右欄に記入してください）⇨	（いつ） 年 月 日（ ） 時 分頃
	発病の原因 / 発病の年月日 年 月 日	（どこで）
		（何をしていて、どのように負傷したか） ア．私用中 イ．仕事中 ウ．通勤途中 エ．その他（ ）

介護保険法のサービスを受けていますか	保険者番号	被保険者番号	保険者名称
いいえ・はい⇨			

⑦障害厚生年金又は障害手当金を受けていますか	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
いいえ・請求予定・請求中・はい ⇨		

任意継続被保険者の方及び資格喪失者の方

④老齢又は退職を事由とする公的年金を受けていますか	いいえ・請求予定・請求中・はい
基礎年金番号	年金額 円
年金を受給されている方は年金コード又は記号番号もしくは番号	円 / 円 / 合計 円

⑦雇用保険 失業給付を受けていますか	いいえ・受給延長手続済・受給予定・はい
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申請する場合は、備考欄へ記載してください。（マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。）

上記のとおり請求します。

令和 年 月 日

〒
被保険者の住所（請求者）

氏名

大阪ニット健康保険組合理事長 殿

電話（ ）－

受付年月日

被保険者が在職中のとき

領収委任状

この給付金の領収方を私が勤務する事業所事業主に委任します。
令和 年 月 日
被保険者の氏名

被保険者が退職しているとき

給付金振込口座

1. 振込 4. 当地	金融機関コード	
金融機関名	銀行	支店
預金種別	普通	口座番号
口座名義人（カナ）		

◀この欄の訂正は被保険者（請求者）の印

◎当該社員（ 氏）に関する事項

社会保険労務士 氏名・印

事業主が証明するところ

㊐ 労務に服さなかった期間		職場復帰しましたか	左記の期間に報酬を支給しましたか
令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間	ただし（具体的な日付を記入してください） は出勤のため除く は有給休暇	ア．欠勤中（証明日現在） イ．月 日から出勤 ウ．月 日で退職	ア．全部支給した イ．全部支給する ウ．一部支給した エ．一部支給する オ．支給しない

報酬の支給形態	報酬の締切日・支払日		㊏欠勤した場合の報酬の支給方法（控除計算方法）
ア．月給制 イ．日給月給制 ウ．日給制 エ．時間給制 オ．その他（ ）	（締切日） 日締め	（支払日） 日払い	・基本給は ア．控除しない イ．控除する（欠勤1日につき ） ・諸手当は ア．控除しない イ．控除する（欠勤1日につき ） その他（

㋐上記の期間中における報酬（今後支払う予定のものを含む）の支給額について、報酬の締切ごとに記入してください

		基本給	家族手当	役付手当	通勤手当	手当	手当	手当
欠勤しなかった場合の1ヶ月の報酬支払額		円	円	円	円	円	円	円
実際の報酬支払額 月分	年 月 日から 年 月 日まで	/ ～ / 円	/ ～ / 円	/ ～ / 円	/ ～ / 円	/ ～ / 円	/ ～ / 円	/ ～ / 円
月分	年 月 日から 年 月 日まで	/ ～ / 円	/ ～ / 円	/ ～ / 円	/ ～ / 円	/ ～ / 円	/ ～ / 円	/ ～ / 円

㋑上記のとおり相違ありません。

令和 年 月 日

事業所の所在地

事業所の名称

事業主氏名・印

電話（ ）

◎うらの記載例を参照してください

▶この欄の訂正は事業主の印

◎当医療機関患者（ 氏）に関する事項

医師が意見を書くところ

労務不能と認めた期間	労務不能の原因となった傷病名（症状の重い順に記載してください）	発病又は負傷の年月日	発病又は負傷の原因	診療開始年月日
令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間	1.	年 月 日		年 月 日
	2.	年 月 日		年 月 日
	3.	年 月 日		年 月 日

診療実日数	転帰
日	ア．継続 イ．転医 ウ．治癒（ 月 日）

上記の期間のうち入院した期間

令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間

上記の期間のうち入院費用の区分

1．健康保険 2．公費 3．自費 4．その他

人工透析を実施 人工臓器を装着 したときに記入する欄

年 月 日 人工透析実施 人工臓器装着

（人工臓器等の種類）

ア．人工透析 イ．人工肛門
ウ．人工関節 エ．人工骨頭
オ．心臓ペースメーカー
カ．その他（ ）

労務不能と認めた期間について、傷病の主症状及び経過を詳しく記入してください

①労務不能と認めた期間における「主たる症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等を詳しくご記入ください。

②症状からみて従来の職種について労務不能と認められた医学的所見を詳しくご記入ください。

③その他お気づきの点があれば、ご記入ください。

労務可能見込 年 月頃

上記のとおり相違ありません。

令和 年 月 日

医療機関の所在地

医療機関の名称

医師の氏名・印

電話（ ）

▶この欄の訂正は医師の印

記入するときの注意事項（添付書類を含む）

・記入するときは、鉛筆を使用しないでください。
・記入もれのないように注意してください。
・支給決定に際し、別途、必要書類等の提出を求める場合があります。

《被保険者（請求者）が記入するところ》

〇健康保険被保険者等の記号・番号、生年月日、事業所名等は、正しく記入してください。
〇業務の種類については、具体的（経理担当事務、店頭販売など）に記入してください。
〇請求期間における給料の受給状況等については、正しく記入もしくは該当する項目を〇で囲んでください。
〇請求の原因となった傷病名がケガの場合は、負傷の原因・状況等を詳しく記入してください。
なお、負傷の原因が第三者行為（交通事故など）による場合は、別途「第三者行為による負傷届」等が必要となりますので、当組合までご連絡してください。

・㋐欄　いずれか該当するものを〇で囲んでください。
障害厚生年金を受けているときは、基礎年金番号及び年金証書の年金コード・受給の原因となった傷病名を記入してください。また、「障害厚生年金（同一支給事由で障害基礎年金を受けているときは障害厚生年金及び障害基礎年金）の年金証書の写」及び「支払通知書等の写」を添付してください。
障害手当金を受けたときは、基礎年金番号・受給の原因となった傷病名を記入し、「支払通知書等の写」を添付してください。この場合、障害手当金を受けた日以後で、傷病手当金の支給が停止された期間について、医師の意見、事業主の証明が必要な場合があります。

・㋑欄　老齢年金等を受けている方は基礎年金番号及び年金証書の年金コードを記入してください。
また、年金額が確認できる直近の「年金証書の写」又は「改定通知書の写」を添付してください。
・㋒欄　雇用保険失業給付の受給有無について正しく記入してください。

（被保険者が死亡した場合は、相続人から請求することができます。この場合、請求者の氏名欄には相続人の氏名を記入してください。
また、相続人が被扶養者でないときは、相続人であることが確認できる書類（例えば「戸籍謄本」等）を添付してください。）

《領収委任状・給付金振込口座の欄》

在職中の被保険者の請求については、事業所の指定口座に振込しますので、領収委任状欄にも記入してください。
なお、退職後に請求される場合は、指定口座に振込しますので、給付金振込口座欄にご記入ください。
ただし、被保険者（請求者）名義のものに限ります。

《医師が意見を書くところ》

あなたが受診している医療機関の担当医師に記入してもらってください。
医師の意見書が外国語で作成されている場合は、日本語の翻訳文（翻訳者の氏名、住所等を記載したもの）を添付してください。

《事業主が証明するところ》

・あなたが勤務している事業所の事業主に記入してもらってください。
既に退職している場合は、退職日後に係る証明は必要ありません。
（記載例）

事業主が証明するところ

㋓ 労務に服さなかった期間			職場復帰しましたか	左記の期間に報酬を支給しましたか
令和6年2月12日から 令和6年3月18日まで　35日間	ただし（具体的な日付を記入してください） は出勤のため除く	2/12、13 は有給休暇	ア．欠勤中（証明日現在） （イ）3月19日から出勤 ウ．　月　日で退職	ア．全部支給した　イ．全部支給する （ウ）一部支給した　エ．一部支給する オ．支給しない

報酬の支給形態	報酬の締切日・支払日		㋔欠勤した場合の報酬の支給方法（控除計算方法）
ア．月給制　（イ）日給月給制 ウ．日給制　エ．時間給制 オ．その他（　）	（締切日） 20 日締め	（支払日） 25 日払い	・基本給は　ア．控除しない　（イ）控除する（欠勤1日につき　月額の1/21控除する） ・諸手当は（ア）控除しない　イ．控除する（欠勤1日につき　） その他（諸手当は1ヶ月のうち出勤が0のときは支給しない）

㋕上記の期間中における報酬（今後支払う予定のものを含む）の支給額について、報酬の締切ごとに記入してください

		基本給	家族手当	役付手当	通勤手当	住宅手当	手当	手当
欠勤しなかった場合の1ヶ月の報酬支払額		200,000円	10,000円	20,000円	3ヶ月分 12,000円	10,000円	円	円
実際の報酬支払額	2月分　6年1月21日から6年2月20日まで	1/21～2/13 152,381円	/～/ 10,000円	/～/ 20,000円	1/21～4/20 12,000円	/～/ 10,000円	/～/ 円	/～/ 円
	3月分　6年2月21日から6年3月20日まで	3/19～3/20 28,572円	/～/ 10,000円	/～/ 20,000円	/～/ 円	/～/ 10,000円	/～/ 円	/～/ 円

㋖上記のとおり相違ありません。

令和成6年　3月　29日

事業所の所在地　大阪市中央区久太郎町×番×号
事業所の名称　〇〇株式会社
事業主氏名・印　代表取締役　□□一郎
電話　06（△△△△）△△△△

・㋓欄　出勤等に基づいて正しく記入してください。
期間中に出勤した日や有給休暇の日があれば、「ただし」欄にその日付を記入してください。

・㋔欄　欠勤した場合の報酬の支給方法（控除計算方法）について、該当するものを全て〇で囲み、必要に応じ具体的な控除計算方法を記入してください。（記載例参照）

・㋕欄　労務に服さなかった期間に係る給料の支給状況等について、次により記入してください。
1　家族・役付・通勤の他に、月を単位として諸手当が支給されている場合は、空欄にその名称を記入してください。ただし、超過勤務に係る手当は除いてください。
2　「欠勤しなかった場合の1ヶ月の報酬支払額」欄について
(1) 日給制の場合は、基本給の欄に「@」と表示し、日額を記入してください。
(2) 通勤手当が数ヶ月分まとめて支払われるような場合は、通勤手当の欄に支払月・対象期間・支給額を記入してください。（記載例参照）
3　「実際の報酬支払額」欄について
(1) 各月の給料の締切ごとに区分してください。
(2) 金額は、当該期間に実際に支払った給料を記入してください。
(3)「　/　～　/　」は、欠勤控除をした場合などに、実際に支払った給料の支払い対象とした期間を記入してください。（記載例参照）

・㋖欄　記載内容について、事業主の証明を行なってください。
第1回目の請求については、休みはじめた月分とその前月分の賃金台帳・出勤簿（写）を添付してください。
また、報酬の支給形態が月給制のときは、給与規定（写）を添付してください。

この請求書には、事業主証明欄並びに医師意見書欄がありますが、これらの欄は給付金の請求事務を円滑に行うために設けているものです。
しかしながら、健康保険法施行規則における事業主証明欄並びに医師意見書の取り扱いについては、被保険者等が請求する場合は請求書に添付したうえ健保組合に提出することとされています。
つきましては、施行規則による方法で請求される場合は、被保険者記入欄についてのみ記入した請求書に、事業主証明書、医師意見書をそれぞれ添付のうえ提出していただいて結構です。

※以上の内容でわからないことがありましたら、業務課（06－6243－1070）へおたずねください。

実際の報酬支払額	月分	年　月　日から 年　月　日まで	/　～　/ 円	/　～　/ 円	/　～　/ 円	/　～　/ 円	/　～　/ 円	/　～　/ 円	/　～　/ 円
	月分	年　月　日から 年　月　日まで	/　～　/ 円	/　～　/ 円	/　～　/ 円	/　～　/ 円	/　～　/ 円	/　～　/ 円	/　～　/ 円

実際の報酬支払額	月分	年　月　日から 年　月　日まで	/　～　/ 円	/　～　/ 円	/　～　/ 円	/　～　/ 円	/　～　/ 円	/　～　/ 円	/　～　/ 円
	月分	年　月　日から 年　月　日まで	/　～　/ 円	/　～　/ 円	/　～　/ 円	/　～　/ 円	/　～　/ 円	/　～　/ 円	/　～　/ 円
	月分	年　月　日から 年　月　日まで	/　～　/ 円	/　～　/ 円	/　～　/ 円	/　～　/ 円	/　～　/ 円	/　～　/ 円	/　～　/ 円
	月分	年　月　日から 年　月　日まで	/　～　/ 円	/　～　/ 円	/　～　/ 円	/　～　/ 円	/　～　/ 円	/　～　/ 円	/　～　/ 円

実際の報酬支払額	月分	年　月　日から 年　月　日まで	/　～　/ 円	/　～　/ 円	/　～　/ 円	/　～　/ 円	/　～　/ 円	/　～　/ 円	/　～　/ 円
	月分	年　月　日から 年　月　日まで	/　～　/ 円	/　～　/ 円	/　～　/ 円	/　～　/ 円	/　～　/ 円	/　～　/ 円	/　～　/ 円
	月分	年　月　日から 年　月　日まで	/　～　/ 円	/　～　/ 円	/　～　/ 円	/　～　/ 円	/　～　/ 円	/　～　/ 円	/　～　/ 円
	月分	年　月　日から 年　月　日まで	/　～　/ 円	/　～　/ 円	/　～　/ 円	/　～　/ 円	/　～　/ 円	/　～　/ 円	/　～　/ 円
	月分	年　月　日から 年　月　日まで	/　～　/ 円	/　～　/ 円	/　～　/ 円	/　～　/ 円	/　～　/ 円	/　～　/ 円	/　～　/ 円
	月分	年　月　日から 年　月　日まで	/　～　/ 円	/　～　/ 円	/　～　/ 円	/　～　/ 円	/　～　/ 円	/　～　/ 円	/　～　/ 円