

裏面の「記入の方法及び注意事項」を必ずお読みになってからご記入ください。

被保険者が記入するところ				
①請求回数	②被保険者等記号・番号	③氏名・生年月日		④本請求書の提出を事業主に依頼します。 チェック ☐
第 回目	— ※記号一番号が分らない場合はマイナンバーを記入	昭・平 年 月 日		
⑤被保険者(請求者)の現住所	郵便番号 ー TEL () ※日中に連絡が取れる電話番号を記入してください 方			
⑥事業所名称		⑦被保険者資格を取得した年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	
⑧被保険者の業務の種類		⑨発病または負傷の年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	
⑩傷病名		⑪第三者の行為によるものですか	はい ・ いいえ	
⑫発病または負傷の原因を詳しく				
⑬請求期間 (療養のために休んだ期間) ※待期間を含む	※原則⑬の医師が労務不能と認めた期間を超えた請求はできません。 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 までの 日間			
⑭障害厚生年金または障害手当金の有無	有・請求中・無	年金番号	傷病名	年額 円
⑮老齢または退職年金の有無 (喪失者のみ)	有・請求中・無	年金番号	年額 円	
⑯①労働者災害補償保険法による休業補償は受けていますか	はい・申請中・いいえ	⑰前項①にてはいもしくは申請中と回答された方は申請中の労働基準監督署名をご記入ください		労働基準監督署

振込先指定口座	☐ マイナポータル等で事前登録した公金口座を利用します。(利用する場合は ☒ 、利用しない場合は下記の欄を記入) 注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金口座を利用できません。										
	銀行コード			支店コード			預金種別	口座番号			
	銀行・農協 信金・信組			本店 支店			普通・当座				
	口座名義	フリガナ									
受付日付印											

※被保険者以外(家族等)の口座を指定する場合は、必ず下記の受取代理人欄に記入してください。

受取代理人欄	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。 令和 年 月 日	
	被保険者 住所 氏名	
	代理人の氏名	フリガナ 委任者と代理人の関係

この書類の送付先は
〒100-0014
東京都千代田区永田町2-17-2
東京薬業健康保険組合
給付課 宛

裏面の「記入方法及び注意事項」を必ずお読みになってからご記入ください。

東京薬業健康保険組合

事業主が証明するところ	記号		番号		被保険者氏名							
	⑩賃金計算期間の勤務状況(出勤日は○、有休は△、欠勤は×、公休は公で記入してください)							出勤	有休			
	令和	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							日	日
	令和	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							日	日
	令和	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							日	日
	給与形態		給与(日給)の当月・翌月(日払) 控除(日給)の当月・翌月(日控除)				月給・日給・時間給(円/h) 歩合給・その他()					
	⑮支給した(する)賃金内訳	区分	期間	基となる金額		令和 年 月 日 ~ 月 日分	令和 年 月 日 ~ 月 日分	●欠勤控除計算式等について記入して下さい (足りない場合は別紙に記載してください)				
				支給額		控除額						
		基本給										
		手当										
手当												
交通費(前払含む)	有	⇒ 月 日 ~ 月 日分として()円				左記交通費が精算済みの場合⇒	月 日 ~ 月 日分を精算 精算額()円					
	無	定期(1か月 / 3か月 / 6か月)・実費(日払)										
社宅	有・無	居住スペース()㎡ / 勤務地() / 自己負担額()円										
上記のとおり相違ないことを証明します							⑫担当者氏名 (担当者連絡先 - -)					
⑬事業所所在地							⑬証明日 令和 年 月 日					
⑭事業所名称												
⑭事業主氏名												

療養を担当した医師が意見を書くところ	⑮患者氏名					⑮発病または負傷の年月日	平成 年 月 日
	⑮傷病名					⑮貴院で療養の給付を開始した年月日	平成 年 月 日
	⑮発病または負傷の原因						
	⑮労務不能と認めた期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間	⑮診療実日数	日間		
	⑮上記⑮の期間の受診日を丸で囲んでください	令和 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				
		令和 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				
		令和 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				
	⑮上記⑮の期間の療養の指示、内容をできるだけ詳細に記載してください	通院指導の有無：□有(頻度) □無(理由)					
		投薬の有無：□有(月 日に 日分) □無(理由) 療養の指示内容・経過等					
	⑮上記⑮の期間の診察からみて従来の職種について労務不能と認めた医学的所見及び主症状	※必ず記載をお願いします。					
⑮上記⑮の期間中に入院期間がある場合はその期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間	⑮費用の別	健保・労災 自費・損保			
上記のとおり相違ありません							
⑮医療機関所在地	⑮証明日 令和 年 月 日 ※⑮の労務不能と認めた期間以降に証明をしてください。						
⑮医療機関名							
⑮医師氏名	TEL ()						

※⑮～⑮を被保険者又は第三者が偽造又は改ざんした場合は刑法第百五十九条の私文書偽造等に該当します。
《療養を担当した医師へのお願い》ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と療養を担当した医師の氏名(サイン)をご記入ください。
⑮⑮医療機関所在地・医療機関名が手書きの場合、確認をさせていただきます。

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	
-----------------------	--

※※ 記入方法及び注意事項 ※※

〔被保険者の注意事項〕

1. 事業主を通して書類を提出いただく場合には、必ず④欄にチェックしてください。
2. ⑫の欄は、「いつ、どこで、なにを、どうしているとき、どういうふうになって、どこを、どうした」というように詳しく記入してください。
3. ⑬の欄は、待期期間(第1回目のみ)を含めて記入してください。待期期間とは、仕事に就けず連続して3日間休んだ期間になります。公休日や有給休暇日でも構いません。
※待期期間の傷病手当金は支給されません。
4. ⑭または⑮の欄の年金または手当金を受給している方は、**年金証書またはこれに準ずる書類の写し及びその支給開始年月日を証明する書類、並びに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。**
5. 証明書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。
6. 保険給付金の請求権の消滅時効は2年となります。
傷病手当金の時効の起算日は「労務不能であった日ごとにその翌日」となります。

〔事業主の注意事項〕

1. 記入欄が不足する場合は、証明欄をもう1枚用意し、それぞれに記入してください。
2. 請求期間にかかる出勤簿と賃金台帳を添付してください。
(月の途中からの請求などの場合は請求期間が含まれる月の分を全て添付してください)
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。
4. **ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と事業主の氏名（サイン）をご記入ください。**

〔医師の注意事項〕

1. ⑳の欄「労務不能と認めた期間」の日付は、この意見書の記載日（㉔欄の日付）以前の日付を記入してください。
2. ㉑の診療実日数が0日の場合は、直近の診察日を記入してください。
3. ㉒の欄は、なるべく詳しく記載してください。特に手術した場合は手術の名称と手術年月日を記入してください。
4. **ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と医師の氏名（サイン）をご記入ください。**

記入漏れや不備事項がありますと、決定が遅れる場合があります。