

健康保険傷病手当金請求書（第 回）

《捨印》



被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	①	被保険者の 記号番号	記号 番号	②	被保険者 (請求者)の 氏名・生年月日	③	昭・平 年 月 日	(印)	
	④	被保険者 (請求者) の住所	フリガナ 〒 - 電話 ()						
	⑤	事業所の 名 称					⑥	被保険者の 資格取得日	昭・平・令 年 月 日
	⑦	傷病名	⑧	傷病または負傷 年 月 日	⑨	業務の職種			
	⑩	疾病又は負傷の療養をするため 休んだ期間(請求期間)	<input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 から		<input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 まで		日 間		
	⑪	上記の⑩の期間の傷 病の状態を詳しく					⑫	第三者行為によるものですか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <small>「はい」の場合、「第三者行為による傷病届」を提出してください</small>	
	⑬	上記の⑩の期間の報 酬を受けましたか、 又は今後受けられま すか	<input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けない <input type="checkbox"/> 受けられる <input type="checkbox"/> 受けられない		⑭	報酬の支払を受けた(受けられ る)ときはその報酬の額と、そ の報酬支払の基礎となった(な る)期間	<input type="checkbox"/> 令和 年 月 日から <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日まで の分として 円		
	⑮	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"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 請求中		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		⑯	基礎年金番号	
	⑰	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"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 請求中		
	⑱	年金コード又は記号番号若 しくは番号					年 金 額 円 円 円 円 年 金 の 合 計 金 額 円		

⑲ 振込希望の銀行

銀行 支店 (口座番号)

1: 普通
2: 当座

※口座情報は申請する度に毎回ご記入をお願いいたします。

※口座番号・口座名義のわかるページ(通帳の1枚めくった見開き)
のコピーを一緒に送ってください。(1回目の申請のみ)

口座名義 (フリガナ)

被保険者住所 _____ (請求者) 氏名 _____	年 月 日 提出 受付日付印 (健康保険組合使用欄)
私(請求者)は下記の代理人に保険給付金の受領に関する権限を委任します。	
受領代理人住所 _____ 氏名 _____ 電話 ()	(印) ③と同一の印

(注)
 在職中の期間を請求される場合は、健康保険組合ではなく事業所(人事部)
 に提出してください。

事業主が証明するところ	被保険者氏名					
	②① ⑩の期間のうち労務に服さなかった期間			②② 職場復帰しましたか	②③ ②①の期間に報酬を支給しましたか	
	<input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 から	ただし(具体的な日付を記入してください)		ア. 欠勤中(証明日現在)	ア. 全部支給	
	<input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 まで			イ. 月 日から出勤	イ. 一部支給	
	日間	は出勤のため除く		ウ. 月 日付で退職	ウ. 不支給	
		は有給休暇				
②④ 報酬の支給形態	②⑤ 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. 日給制	・基本給は ア. 控除しない イ. 控除する(欠勤1日につき)					
ウ. 時間給制	・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 ()					
②⑥	上記のとおり相違ないことを証明します。					
	令和 年 月 日					
	所在地					
	名称					
	事業主氏名 ⑥					
	電話 ()					

療養を担った医師が意見をかくところ	患者氏名											
	②⑦ 傷病名											
	②⑧ 発病または負傷の年月日			年	月	日						
	②⑨ 療養の給付を開始した年月日			年	月	日						
	③⑩ 発病または負傷の原因											
	③⑪ 労務不能と認められた期間	<input type="checkbox"/> 令和 年 月 日から		日間	左の期間中の診療実日数	日間						
		<input type="checkbox"/> 令和 年 月 日まで										
	診療日を○で囲んでください	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									
		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									
		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									
	③⑫ 上記期間中における傷病の主症状及び経過概要	上記期間中における傷病の主症状及び経過概要(前回診療時との変化など)										
		従来の職種について労務不能と認められた医学的所見										
		従来の職種について労務不能と認められた医学的所見										
人工透析又は人工腎臓等を装着したとき	人工透析を実施または人工臓器を装着した日				<input type="checkbox"/> 令和 年 月 日							
	人工臓器等の種類	ア.人工肛門 イ.人工膀胱 ウ.人工関節 エ.人工骨頭 オ.心臓ペースメーカー カ.人工透析 キ.その他()										
③⑬ 上の期間中に入院した期間がある場合はその期間				③⑭	健保	自費						
				療養費用の別	公費 ()		その他					
③⑮	上記のとおり相違ないことを証明します。											
	令和 年 月 日											
	医療機関所在地 ⑥											
	医療機関の名称											
	医師の氏名 ⑥ 電話 ()											

（被保険者の方へ）

（ア）②と④欄は被保険者情報を記入してください。

（イ）⑨欄は具体的に職種を記入してください。

例 経理事務 レジ 品出し

（ウ）⑪欄は、第一回目の請求においては発病又は負傷の原因を記入し、第二回目以降の請求においては⑩の期間の状態を記入してください。

（エ）⑫欄を「はい」と記入した場合は、「第三者行為による傷病届」が必要ですので、万代健康保険組合までご連絡ください。

（オ）⑮欄で「はい」又は「請求中」と記入した場合は、⑯欄の「基礎年金番号」を記入してください。

（カ）⑮欄又は⑰欄で「はい」又は「請求中」と記入した場合は、⑲欄の年金コード等及び年金額を記入ください。

（キ）⑲～⑳欄の【振込先について】

1 被保険者の口座に振り込みの場合は⑲欄に被保険者の情報を記入ください。

2 被保険者以外の口座に振り込みの場合は⑲欄と別に⑳欄の委任欄に被保険者及び受領代理人の情報を記入ください。

（ク）請求期間は在職中と退職後の期間を一括りにせず「在職中」と「退職後」を分けて請求してください。

（ケ）傷病手当金請求書の提出先（請求期間によって提出先が異なります。）

- ・ 請求期間が在職中の場合：事業所（人事部）へ提出。（事業主の証明が必要なため。）
- ・ 請求期間が退職後の場合：健康保険組合へ提出。（事業主の証明は不要のため。）

【添付書類】

・ 初回申請のみ「振込先金融機関がわかる通帳等の写し」を添付ください。

・ ⑮欄で「はい」に○を付けた場合

- 1 障害厚生年金の年金調書の写し
- 2 障害厚生年金額と支給開始年月を証明する書類及び障害厚生年金の直近額がわかる年金額改定通知書等の写し

・ ⑰欄で「はい」に○を付けた場合

- 1 老齢退職年金の年金調書の写し
- 2 老齢退職年金額と支給開始年月を証明する書類及び老齢退職年金の直近額がわかる年金額改定通知書等の写し

（事業主の方へ）

（ア）請求期間にかかる「出勤簿」及び「賃金台帳」を添付してください。

（イ）⑩の請求期間が被保険者の資格喪失後の期間のみの場合は、事業主の証明は必要ありません。

（医師の方へ）

（ア）療養の給付開始欄は、初診日ではなく、その傷病について健康保険による療養を開始した日を記入してください。

（イ）「傷病の主たる症状及び経過」欄は、できるだけ詳しく記入してください。前回の診療時との変化も併せて記入ください。

手術をした場合は、手術の名称と手術年月日を記入してください。

（ウ）「労務不能と認められた医学的所見」欄は、従来の職種につけない具体的理由を記入してください。

（エ）記入誤りで訂正する場合は、下記【皆様へのお願い】（イ）参照のうえ訂正お願いします。

（皆様へのお願い）

（ア）鉛筆・フリクション等、消せる筆記用具では記入しないでください。

（イ）訂正したところは、各記入者の氏名のわきに押印した印影と同じ印章でもって訂正印を押印してください。

（氏名の横に押したハンコと同じハンコで押すということ）