

傷病手当金請求書 (第 回日)

① 被保険者証の 記号・番号	記号			番号			② 生年月日	昭和	年	月	日
								平成			
③ 被保険者（請求者） 氏名							④ 被保険者の 業務内容				
⑤ 被保険者（請求者） 住所	〒 電話 — —										
⑥ 事業所所在地 事業所名称	〒 電話 — —										
⑦ 傷病名	1)		発病または 負傷年月日	1)令和 年 月 日		第三者行為によるものですか					
	2)			2)令和 年 月 日		はい・いいえ					
⑧ 発病または負傷の原因および傷病の経過 (負傷の場合、日時・状況等を詳細に)											
⑨ 療養のために休んだ期間（申請期間）		令和		年		月		日		から	
		令和		年		月		日		まで	
⑩ ⑨の申請期間に報酬を受けましたか (○で囲んでください)		1. はい 2. いいえ		「はい」の場合、その報酬額 と支払の基礎となった期間				令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで			
⑪ 「障害厚生年金」または「障害手当金」 を受給していますか		1. はい 2. 申請中 3. いいえ		1. 障害厚生年金 2. 障害手当金		受給の要因となつた(なる) 傷病名					
⑫ ⑪について、基礎年金番号、年金コード、支 給開始年月日、年金額をご記入ください		基礎年金番号		年金コード		支給開始年月日		年金額			
⑬ 老齢または退職を支給事由とする公的年金 を受給していますか (健康保険の資格を喪失した方)		1. はい 2. 申請中 3. いいえ		受給している場合 その公的年金の名称							
⑭ ⑬について、基礎年金番号、年金コード、支 給開始年月日、年金額をご記入ください		基礎年金番号		年金コード		支給開始年月日		年金額			
⑮ 介護保険サービスを受けたとき		保 険 者 番 号		被 保 険 者 番 号		保 険 者 名 称					
⑯ 労災保険から休業補償給付を受けていますか。 (又は、過去に受けたことがありますか。)		1. はい 2. 労災申請中 3. いいえ		「はい」又は「労災申請中の場合」の場合 その請求先 _____ 労働基準監督署							

事業主が証明するところ	⑰ 労務に服さなかつた 期間 (休日も含む)		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで										日間		
	⑱ 勤務状況		【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										計	出勤 日	有給 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													
⑲ 上記期間中に対して賃金を 支給しましたか (○で囲んでください)		1. はい 2. いいえ		給与の種類		日 給・時 間 給		賃金計算		/ 日		日			
⑳ 上記期間中の 賃金内訳	区 分		年 月 日		年 月 日		日 数		支 給 額		円				
	基本給						日分				円				
㉑ 上記のとおり相違ないことを証明します。												令和 年 月 日			
事業所所在地															
事業所名称															
事業主氏名												電話 — —			

受 付 日 付 印

療養を担当した医師が意見を書くところ	㉒ 傷病名			
	㉓ 発病又は負傷 年 月 日	年 月 日	㉔ 療養の給付を 開始した年月日	年 月 日
	㉕ 発病又は負傷の 原因			
	㉖ 労務不能と 認められた期間	年 月 日	日間	左記期間中の 診療実日数
	診療実日数が0日の 場合は、0日でも労 務不能と認められた 理由をご記入ください。			
㉗ 傷病の主状態 及び 経過の概要 症状の経過からみて 従来職種について 労務不能と認められ た医学的な所見 (くわしくご記入ください)				
㉘ 上記期間中に入院 した期間がある 場合はその期間	年 月 日	日間	入院費用の別 (○で囲んでください)	健 保 ・ 公 費 自 費 ・ その他
㉙ 上記のとおり相違ありません。				
住 所		令和 年 月 日		
医 師	医療機関名	氏 名		
電話		— —		

委任状	㉚ 本請求に基づく給付金に関する受領を次の方に委任します。			令和 年 月 日	
	被 保 険 者 (請 求 者)	住 所 フリガナ 氏 名			
	委任された方の (事 業 主)	住 所 氏 名			
給付金の振込先銀行 在職中の給付金は、事業所の登録口座に振込みますので、事業主に受領委任してください。 なお、退職(資格喪失)後、被保険者(請求者)送金を希望される場合は、別途「健康保険給付金個人振込銀行登録届」の 届出が必要になりますので、当組合までご連絡ください。					

備考	第1回支給開始年月日		年 月 日	法第108条該当		一部控除		月 日	月 日	円	
	支給期間		年 月 日	年 月 日	月 日	月 日	円				
	入院期間		年 月 日	年 月 日							
					有給・出勤	月 日	月 日	日間			

※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。)

《記入はすべて黒のボールペンでお願いいたします》*消えるペンや鉛筆は使用できません。また、修正液等も使用できません。

【記入上の注意】

《被保険者記入欄》

- ③の欄は、被保険者の死亡後に請求する場合には、請求者の氏名・住所をご記入ください。
なお、請求者が被扶養者でなかった場合は、被保険者との関係を確認するため、戸籍謄本（写）および住民票（写）を添付してください。
- ⑦の傷病名について、第三者行為による傷病の場合は、別途「第三者行為による傷病届」の届出が必要になりますので、当組合まで必ずご連絡ください。（第三者行為とは：交通事故や傷害事件などのように他人の行為が原因で負傷したり、病気になったりすることを言います。）
- ⑧の欄は発病・負傷の原因および傷病の経過を詳しくご記入ください。
特に外傷性の傷病の場合は、傷病の原因（その時の状況）を必ずご記入ください。
- ⑨の欄「療養のために休んだ期間（申請期間）」は、被保険者（請求者）がご記入ください。
なお、「療養のために休んだ期間（申請期間）」は、⑰の欄および㉔の欄と一致するようにご記入ください。
- 障害厚生年金（障害手当金）・老齢退職年金給付などを受給している場合は、直近の振込通知書（写）並びに裁定通知書（写）を添付してください。
- 退職（資格喪失）後も引き続き傷病手当金の給付を受ける場合は、「雇用保険」との併給を確認するため、「雇用保険受給期間延長通知書」（写）を添付してください。
- 「被保険者記入欄」に訂正がある場合には、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。
- 傷病手当金は生活保障ですので、なるべく一ヵ月ごとに請求してください（請求の際は、賃金計算の締日で区切って申請してください）。
- ⑮については介護保険サービスを受けた場合、⑯については⑦の傷病について労災申請の有無を記入してください。

《事業主記入欄》

- ⑰の欄「労務に服さなかった期間」は、⑨の欄および㉔の欄と一致するようにご記入ください。
- ⑱の欄は、該当期間に係る賃金計算月すべてを対象に、出勤した日は○、有給日は△、公休日は□、欠勤日は／の符号でマークしてください。なお、賃金計算のメ日、支払日は必ずご記入ください。
- ㉑の欄は、賃金支払があるときにご記入ください。
- 「事業主記入欄」に訂正がある場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。
- 第1回目の請求のときは、該当期間の賃金台帳（写）、出勤簿（写）を添付してください。なお、添付される際は、その余白に欠勤控除等の計算式をご記入ください。また、第2回目以降の請求でも、賃金支払がある場合は、該当期間の賃金台帳（写）、出勤簿（写）の添付が必要となります。
- 傷病手当金請求書は、該当期間に係る賃金計算メ日で区切って申請してください。

《医師記入欄》

- ⑳の欄は、療養の給付の開始日をご記入ください。なお、療養の給付の開始日が前症と関連性（継続性）等、因果関係がある疾病のときは、前症の療養の給付の開始日をご記入ください。
- ㉒の欄は、療養のため実際に労務不能であると認める期間をご記入ください。
- ㉓の欄は、「傷病の主状態」、「経過の概要」、「症状の経過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な所見」についてできるだけ詳しくご記入ください。
なお、「療養担当規則第10条」（闘争、泥酔、著しい不行跡によって事故を起こしたと認められたとき）に該当する負傷・発病の場合は、その旨詳細にご記入ください。
- 「医師記入欄」に訂正がある場合は、療養を担当した医師の訂正印が必要となります。

《委任状欄》

- 在職中の給付金は、事業所の登録口座に振込みますので、事業主に受領委任してください。
- 退職（資格喪失）後、被保険者（請求者）送金を希望される場合は、「健康保険給付金個人振込銀行登録届」の届出が必要になりますので、当組合までご連絡ください。

【傷病手当金の支給要件等について】

1. 支給条件について

支給を受けられるのは、下記の4つのすべての条件に該当したときです。

- ①病気・けがのための療養中のとき
医師の指示のもと病気・けがのため療養しているのであれば、自宅療養でもよいことになっています。
- ②療養のために仕事につけなかったとき
病気・けがのために、今まで従事していた仕事につけない場合をいいます（傷病手当金請求書に医師による労務不能証明が必要です）。
- ③連続4日以上休んだとき
3日以上連続して休んだ場合で、4日目から支給されます。はじめの3日間は待期といい、支給されません。
- ④給料などをもらえないとき
給与（各種手当なども含む）を受け取っていても、その額が傷病手当金より少ないときは、差額が支給されます。

2. 支給期間について

支給される期間は、支給開始日から通算で1年6ヵ月間になります。

3. 各種給付金との併給について

- ①失業給付を受ける方
雇用保険の失業給付を受ける方は、傷病手当金を受けることができません。
- ②老齢退職年金給付を受ける方
退職後も継続して給付を受けている方が、老齢退職年金給付を受けられるようになった場合は、その額が傷病手当金より少ないときのみ差額が支給されます。
- ③障害年金などを受ける方
障害厚生年金（障害基礎年金含む）、障害手当金を受けられるようになった場合は、その額が傷病手当金より少ないときのみ差額が支給されます。

4. 時効について

保険給付を受ける権利の消滅時効は2年となっています。保険給付の申請がされなかった場合、2年が経過すると時効となり給付を受ける権利を失うことになります。
（※労務不能であった日ごとにその翌日が起算日となります。）

詳細は印刷健保ホームページをご覧ください。