

記入例

健康保険

傷病手当金請求書

(第 1 回)

\*A3サイズで印刷してください \*太枠線内を記入してください \*鉛筆、フリクションペンの使用は不可です

提出日		① 令和 00 年 00 月 00 日	
被保険者証 記号・番号	② 3002— 0000	被保険者の 氏 名	00 00 (00才)
事業所の名称	東洋水産(株)〇〇事業部	業務内容 (具体的に)	工場での製造
連絡先住所	③ 〒000 - 0000 〇〇市〇〇町00-0 (Tel. 0000-00-0000)		
傷 病 名	左足関節骨折	発病又は 負傷の年月日	令和 00 年 00 月 00 日(頃)
発 病 又 は 負 傷 の 原 因	<input type="checkbox"/> 病気 <input checked="" type="checkbox"/> けが <input type="checkbox"/> 交通事故	傷病又は負傷の ため休んだ期間	令和00年00月00日から 令和00年00月00日から 00 日間
けがの場合は「 <u>負傷原因届</u> 」を提出してください。 第三者行為、交通事故(自損事故含む)による傷病の場合は、健保組合までご連絡ください。			
被 保 険 者 記 入 欄	療養のため休 んだ期間 の療養状況	療養期間中の病状を詳しく記入してください。 <b>外出先から帰宅する際、駅の階段で転倒。足首に強い痛みがあり医療機関を受診したところ骨折が判明。手術後は安静を要した。</b> 医師からの治療に関する指示内容を記入してください。 <b>安静期間後はリハビリを積極的に行うこと。変形性関節症に移行する場合がありますので、無理はしないこと。</b>	
	療養のため休 んだ期間の報 酬について	④ <input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 今後受ける <input checked="" type="checkbox"/> 受けない	「受けた」「今後受ける」 場合の報酬の額とその 基礎となる期間
障害厚生年金又 は障害手当金の 有 無	⑥ <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 請求中	年金番号	傷病名 年額 円
老齢年金について (喪失者のみ)	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 請求中	年金番号	年額 円
年金受給中の場合は、「年金証書」(写)と「年金振込通知書」(写)を添付してください。 退職後の期間について申請する場合は、退職後の「保険証」(写し)と「雇用保険受給延長通知」(写)を添付してください。			
委任状 及び 照会同意	・表記の請求金額の受領を ⑦ _____ に委任します。 _____		
・健康保険法に基づく傷病手当金の支給決定において、東洋水産健康保険組合より関係機関に対して情報の照会を行うこと、また、この東洋水産健康保険組合の照会に対し関係機関が回答することについて同意します。 令和 00 年 00 月 00 日 被保険者氏名 00 00 (自署)			

◆被保険者欄記入要領◆

〈注意事項〉

- ※1枚につき1ヶ月分を記入してください。1回の支給は最大2ヶ月分までとします。
- ※記入した内容を訂正した場合は、訂正印を押してください。
- ※毎月の提出期限は事業主(会社)の担当部署に、都度確認してください。
- ※支給期間は、支給開始した日から最長1年6ヶ月です。

〈記入要領〉…記入例の番号と照合してください。

- ①事業所(会社)に提出するときその日を記入してください。
- ②記号・番号は健康保険証に記載されているものを記入してください。
- ③療養中の連絡先を記入してください。※必ず本人と連絡のつく連絡先を記入。
- ④この請求書の申請期間内(月単位)に給与の支払いがあるかを記入してください。
- ⑤上記④で「受けた」・「受けられる」に該当する場合、期間と金額を記入してください。
- ⑥傷病手当金支給事由と同一の疾病もしくはその疾病が起因する疾病について、障害年金の状況を選択し、「有」の場合は年金番号、傷病名、年額も記入してください。「請求中」の場合は、後日、年金番号、傷病名、年額をご連絡ください。
- ⑦給付金は会社を通じて支給いたしますので、必ず委任状欄に記入してください。被保険者氏名は自署(手書き署名)にてお願いします。

◆必要添付書類◆

1. 傷病の原因が、けがの場合  
「負傷原因届」
2. 障害年金を受給されている場合  
1) 「国民年金・厚生年金保険年金証書(写)」および「年金振込通知書(写)」  
2) 「障害者手帳等の氏名、障害受給病名のわかる書類(写)」
3. 退職後に請求される場合  
1) 「雇用保険受給延長通知(写)」...ハローワークにてお手続きが必要です  
2) 老齢年金を受給されている場合  
「年金証書(写)」 直近の「年金振込通知書(写)」 または 「年金額改訂通知書(写)」

\*療養を担当した医師の方へのお願い: 労務不能と認めた期間は、**証明日以前の期間**を記入してください。

療養を担当した医師の意見欄 (*記入した内容を修正する場合は訂正印が必要です。)	傷病名	① 左足関節骨折		
	発病又は負傷の原因	① 転倒により強い力がかかり、足首を骨折		
	発病又は負傷の年月日	平成・令和 00年 00月 00日(頃)	療養の給付開始日(初診日)	平成・令和 00年 00月 00日
	労務不能と認めた期間	令和 00年 00月 00日から 令和 00年 00月 00日まで	00 日間	左の期間中の診療実日数 00 日間
	うち入院期間	令和 00年 00月 00日から 令和 00年 00月 00日まで	00 日間	
傷病の主症状及び経過概要 ※診療実日数が0日の場合はその理由も	① 労務不能期間中における主たる症状、経過、治療内容、療養指導等(できるだけ詳しくご記入下さい) 歩行困難であったため、骨折を疑い検査を行った結果、足首の骨折と診断し、内固定手術を行った。ギプスで固定し、00月00日~00日まで入院。現在は通院により経過を観察しながらリハビリを実施している。			
記入してください	症状及び経過等からみて従来の職種について労務不能と認めた医学的な所見  疼痛と腫れにより身体を動かすのが困難だったため、労務不能と認めた。  復職の見込みについて (令和 00年 00月頃から就労可能の見込み・現時点では不明)			
上記のとおり相違ありません。 令和 00年 00月 00日 所在地 〒 000-0000 ○○県○○市○○町0-00 医師 名称 ○○○○○○病院 氏名 ○○ ○○ (印) Tel. 0000-00-0000 *自署の場合は捺印省略可				

◆事業所担当者用確認事項及び記入要領◆

〈医師の意見欄〉

- ア～エ 本人(被保険者)が記入した内容と差異はないか。
- オ 職務等を勘案の上、労務に服することができない症状であるかを確認すること。

〈事業主証明欄〉

- A 被保険者記入欄の「休んだ期間」のうち、労務に服さなかった期間を記入してください。
- B 上記Aの期間の、日数内訳を記入してください。
- C 上記Aの期間に対する給与支給の有無を選択してください。

健保組合に提出される前に、以下の事項を確認してください。

1. 記入漏れはないか
2. 鉛筆やフリクションペンで記入されていないか
3. 修正した箇所がある場合、訂正印が押されているか
4. 添付書類が必要な場合は揃っているか

事業主記入欄	労務不務に服さなかった期間	① 令和 00年 00月 00日から 令和 00年 00月 00日まで	00 日間	賃金計算方法 <input checked="" type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 時間給
	上記期間中の有給休暇・欠勤・休日の状況	② 有給休暇 3 日間、 欠勤 19 日間、 公休日 9 日間		
	勤務状況	[出勤は○] [有給休暇は△] [公休は公] [欠勤は/] でご記入ください。		
		0年00月	<del>29</del> <del>30</del> <del>31</del> <del>1</del> <del>2</del> <del>3</del> <del>4</del> <del>5</del> <del>6</del> <del>7</del> <del>8</del> <del>9</del> <del>10</del> <del>11</del> <del>12</del> <del>13</del> <del>14</del> <del>15</del> <del>16</del> <del>17</del> <del>18</del> <del>19</del> <del>20</del> <del>21</del> <del>22</del> <del>23</del> <del>24</del> <del>25</del> <del>26</del> <del>27</del> <del>28</del>	
	上記期間に対する支給	③ <input type="checkbox"/> 現在までも将来も支給しない <input checked="" type="checkbox"/> 全部支給または一部支給した(する) ※支給有り: 賃金台帳の写しを添付してください。		
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 00年 00月 00日 所在地 ○○県○○市○○町0-00 事業主 名称 東洋水産㈱ ○○事業部 氏名 ○○ ○○				受付日付印
*メンタル関連での申請: 初回申請時に事業所の意見書を添付。			担当者名	○○