

【申請から給付の流れ】

在籍の方→事業所(勤務先)の健保業務担当者部門(総務・人事等)→健保組合→事業所へ振込→本人の口座へ振込  
 退職者・任意継続の方→健保組合→本人の口座へ振込

健 保 記 入 欄	受 付 年 月 日		年 月 日				決 裁				
	計 算 式		支 給 額				¥	円	常務理事	事務長	担当者
	支 給 期 間		自	年 月 日		日 間					
			至	年 月 日							
	支 給 開 始 日		開 始	年 月 日		資 格 取 得	年 月 日				
					資 格 喪 失	年 月 日					
前 回		始	年 月 日		標 準 報 酬		月 額	千円			
		終	年 月 日				日 額	円			

健康保険 傷病手当金請求書 (第 回)

記号・番号				事業所名・所属			
被保険者の氏名				資格取得日		年 月 日	
被保険者の住所				都 道 府 県		市 区 郡	
傷病名				初診日		年 月 日	
発病時の状況を詳しく記入してください				傷病の原因は、ケガや骨折・打撲といった「外傷」によるものですか。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の場合は負傷原因届または第三者行為の届が必要です。	
療養のために休んだ期間(申請期間)				日間		年 月 日 から 年 月 日 まで	
*1「障害厚生年金」または「障害手当金」受給していますか。受給している場合、どちらを受給していますか。				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 請求中 <input type="checkbox"/> 障害厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害手当金		【傷病名】	
上記*1で「はい」または「請求中」と答えた方				基礎年金番号		年金コード	
①受給の要因となった傷病名を記入してください				支給開始日		年金額	
*2資格喪失した方で、その後も継続して傷病手当金を申請する場合、老齢また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"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 請求中		円	
上記*2で「はい」または「請求中」と答えた場合、基礎年金番号、年金コード、支給開始日、年金額を記入してください。(請求中と答えた場合は、基礎年金番号のみを記入してください)				年 月 日		円	
★障害厚生年金及び老齢厚生年金等を受給している場合は①「年金証書」の写し、②直近の「年金振込通知書」または「年金額改定通知書」の写しを添付してください。請求中の場合は「年金見込額照会回答票」の写しを添付してください。				基礎年金番号		年金コード	
*3労災保険から休業補償を受けている期間の傷病手当金の申請ですか。				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 労災請求中		円	
上記*3で「はい」または「労災請求中」と答えた場合、請求元または請求先の労働基準監督署名を記入してください。				支給(請求)労働基準監督署名		労働基準監督署	
【退職後の方】振込希望の銀行口座を記入ください				銀行	本店	普	口座番号
				信用金庫	支店	当	
公金受取口座 ご希望の方は□にレ点を記入してください				【注意事項】 ※在籍者の方は、事業主への受領委任を原則としております。 ※給付日直前の変更や登録内容に誤り等があった場合は、給付日が遅延する場合があります。 □注意事項を確認しましたので、マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。			

労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間の勤務状況および賃金支払状況等を記入してください。※出勤簿(写)・賃金台帳(写)を添付してください。

事業主が証明するところ	勤務状況(出勤は○で、有給は△で、会社休日は□で欠勤は/でそれぞれ表示してください。全欠勤は全てを=記入で可)																														出勤	有給
	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	計	日	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	計	日	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	計	日	日																											
	*労務につけなかった期間に対して賃金を支給しましたか?															賃金の種類 (○で囲んでください)					賃金計算											
	□ はい □ いいえ																				締め日	日										
	*労務につけなかった期間を含む賃金計算期間の賃金支払状況を下欄に記入してください。															月給・日給 日給月給 時間給・その他					支払日	日										
	支給内訳	区分	期間	単価	月分	月分	月分	月分	(備考)																							
		通勤手当																														
		家族手当																														
( ) 手当																																
( ) 手当																																
( ) 手当																																
	計		円	円	円	円	円																									
上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日																																
事業所所在地																																
事業所名称																																
事業主氏名																																

療養を担当した医師等が意見を記入するところ	患者氏名																															
	傷病名	1)																療養給付開始年月日(初診日)	1)	年	月	日										
		2)																2)	年	月	日											
	発病または負傷年月日	年	月	E 発病・負傷																												
	労務不能と認めた期間	年	月	Eから Eまで 日間																												
	上記のうち入院期間	年	月	Eから Eまで 日間																												
	診療実日数	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																												
	上記期間中に行った療養の内容																															
◆投薬の有無：□あり( 日分) □なし ◆通院指導の有無：□あり( 回) □なし(理由 )																																
◆労務不能と認めた期間中における「主たる症状及び経過」(治療内容、検査結果、療養指導)等、詳しくご記入ください。																																
◆症状経過から見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をご記入ください。																																
★労務可能見込 年 月 日頃・不明																																
障害年金診断書について	診断書の記載	あり・なし															受診状況等説明書の記載	あり・なし														
	診断書の傷病名																															
上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日																																
医療機関所在地																																
医療機関名称																																
医師の氏名																																
電話 - -																																

◆被保険者の注意事項

- ・記号・番号・資格取得日は、①マイナポータル、②資格情報のお知らせ、③資格確認書(健康保険証)のいずれかでご確認ください。
- ・発病時の状況は、いつ〇〇年〇月〇日午前〇時、どこで(会社で)、どうしている時(事務作業をしている時) どういう風になって(何度も激しい腹痛と吐き気があり)、受診した。というように詳しく記載して下さい。
- ・同一疾病又は負傷及びこれによって発した疾病により、障害年金、障害手当金を受けている場合に記入するとともに障害年金該当者は障害年金証明書の写し、支給開始並びに直近の額がわかる書類を、又、障害手当金の該当者はその支給額がわかる書類を添付して下さい。
- ・障害年金、障害手当金を現在請求中の場合(受けることができる時)は、請求中にチェックをし、その傷病名を記入して下さい。
- ・基礎年金を受給の場合は、基礎番号、年金コード、支給開始日、年金額を記入して下さい。  
請求中の場合は、基礎年金番号のみを記入して下さい。
- ・資格喪失した方で、その後も継続して傷病手当金を申請する場合は、該当するものにチェックをし、受給中の場合は基礎年金番号、年金コード、支給開始日、年金額を記入して下さい。  
請求中の場合は、基礎年金番号のみを記入して下さい。
- ・労災保険から休業補償を受けている期間の傷病手当金の申請かどうか該当にチェックをして下さい。  
「はい」又は「労災請求中」の場合は、支給(請求)労働基準監督署を記入して下さい。
- ・在職中の傷病手当金の支払については、事業主宛に振込みをします。退職後の方については、振込希望先金融機関を記入して下さい。

■事業主の注意事項

- ・出勤状況について、出勤は○、有給は△、会社休日は□、欠勤は／でそれぞれ表示して下さい。全欠勤はすべて二重線(=)で可。
- ・労務につけなかった期間に通勤手当・家族手当等各種手当の支払いがある場合は、記入をして下さい。

■医師の注意事項

- ・発病または負傷の原因については、なるべく詳しく記載して下さい。特に手術した場合は手術の名称、手術年月日を記入して下さい

■その他共通注意事項

- ・期間の計算は、両端を入れて間違いなく計算して下さい。たとえば6月13日から6月19日までは、7日間となります。