

## 請求時のご注意

傷病手当金請求書ご提出の際には、以下の内容をご理解いただきますようお願いいたします。

### [傷病手当金とは]

傷病手当金は、病気や怪我の早期回復を図り、休業をして療養に専念する被保険者の生活を保障するために設けられた制度であり、療養中に事業主から十分な報酬が受けられない場合に支給されるもの、いわゆる給与等の代わりにの生活保障であるため、傷病手当金の請求期間が複数月に渡る場合は、必ず**1か月毎に申請してください。**

### [傷病手当金支給審査について]

傷病手当金支給条件の一つに、「療養のため労務不能であること」とあります。必要に応じて「被保険者が復職・復帰に向けて医師の指示通り療養に服しているか」を当健康保険組合より被保険者・医師等へ照会し、健康保険法に基づき支給可否を適正に判断しますので、必ずしも給付されるものではありません（不支給となることもございます）。

請求書類の不備、照会などの理由により、支給決定までに時間がかかる場合や、追加書類を提出していただく場合もあります。予めご了承ください。

### [注意事項]

- ・傷病手当金請求書を提出する前に、記入漏れ、間違いがないか確認してから提出してください。不備がある場合は返却いたします。
- ・消せる筆記用具（鉛筆や消せるボールペン等）での記載は受け付けておりません。
- ・【医師意見等記入用】の記載内容を、証明する医師以外の第三者が修正、加筆した場合は、書類の改ざん（不正行為）とみなし、一切の支給を停止いたします。

### ★同一疾病の支給について

過去、傷病手当金を受給しており、期間があいて同一疾病もしくは関連傷病で請求があった場合、通院、服薬状況や勤務状況を確認し再発か継続治療であるか審査いたします。継続治療である場合は、同一疾病による請求であると判断され、傷病手当金が支給されない場合もございます。

健康保険 **傷病手当金・傷病手当金付加金** 請求書 (第 回) 1/3 【被保険者記入用】  
 延長傷病手当金付加金

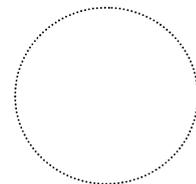
下記のとおり請求します。なお、給付金の受け取りについては事業主に委任します。(任意継続・資格喪失者は除く)

記号	番号	被保険者氏名 被保険者自ら記入(自署)する場合押印は不要です	生年月日
		㊟	S・H 年 月 日
住所	〒 ー		TEL ( ) ※日中に連絡が取れる電話番号を記入してください
休職前の 仕事内容	(立ち仕事・座り仕事なども含めて具体的に記入してください)		
傷病名		発病又は 負傷の年月日	年 月 日
療養のために休んだ期間 (今回の傷病手当金請求期間) ※1か月毎に申請してください	年 月 日から 年 月 日まで ( 日間)		
今回の請求期間における療養状況等について記入してください			
【通院状況】 上記期間に 回通院 → 0回の場合はその理由を記入してください <input type="checkbox"/> 入院中 (理由: )			
【上記傷病名に対しての投薬の有無】			
<input type="checkbox"/> 投薬あり → (下の欄の該当するものに <input checked="" type="checkbox"/> を入れ、詳細を記入してください) <input type="checkbox"/> 投薬なし			
<input type="checkbox"/> 主治医の指示通り服薬している (主治医の指示のもと、他院で処方された場合は、その医療機関名: )			
<input type="checkbox"/> 服薬していない (指示通り服薬できなかった理由: )			
【自覚症状(体の調子、前回の症状との比較など)】 (具体的に記入: )			
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 → 年金額: 年額 円、 年 月分より受給開始 受給対象となった傷病名 ( ) ※必ず年金振込通知書(写)等を添付し、上記請求期間中に年金額が変更になった場合は、年 金額改定通知書(写)を添付してください		
	2. 請求中 → 受給対象となった傷病名 ( )		
	3. いいえ		
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(老齢基礎年金、 老齢厚生年金など)	1. はい → 年金額: 年額 円、 年 月分より受給開始		
	2. 請求中		
	3. いいえ		
労災保険から休業補償給 付を受けていますか	1. はい 2. 請求中(予定) 3. 過去に受給あり 4. いいえ		
	上記質問で1~3の場合 → 受給対象となった傷病名: 支給元(請求先): 労働基準監督署		
※1 備考			

※1 個人番号を記入する場合は、備考に記入してください。なお、記号番号を記入した場合は、個人番号の記入は不要です。個人番号を記入する場合は、番号確認および身元確認を行いますので、個人番号カードか、個人番号通知カードおよび写真つき身分証明書(保有していない場合は住所氏名が記載された公的書類を2つ以上)を申請者が健保に直接持参してください。

受付印

所属	課長	係長	係



健康保険 傷病手当金・傷病手当金付加金 請求書  
 延長傷病手当金付加金

2/3 【医師意見等記入用】

被保険者の請求期間にかかわらず療養のため労務に服することができないと診断された期間について証明してください。  
 (なお、労務不能見込み(未末日付)の証明は受付できません)

対象者	氏名			生年月日	S・H	年	月	日																										
労務不能の対象となった傷病名				原因		診療開始日																												
①						年 月 日																												
②						年 月 日																												
労務不能と認めた期間		年 月 日～		年 月 日		( 日間)																												
上記期間中：	入院期間	年 月 日～		年 月 日		( 日間) ・ 入院なし																												
	手術日	年 月 日		手術なし																														
診療実日数 (上記の労務不能 と認めた期間のうち 診療した日数)	.....日	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
上記の労務不能と認めた期間について、詳しく記入してください																																		
..... (主症状および経過概要) .....																																		
..... (今回の治療内容) ※具体的に記入してください .....																																		
..... (前回労務不能と認めた期間の症状との比較) .....																																		
○療養指導の有無について <input type="checkbox"/> あり (指導内容：.....) <input type="checkbox"/> なし																																		
○通院指示の有無について <input type="checkbox"/> あり → ( 週間に 回) → 患者は指示通り通院しましたか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> なし → (理由：.....)																																		
上記労務不能と認めた期間の経過からみて、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を記入してください																																		
人工透析の実施または人工臓器を装着している場合は、実施(装着)した日付および種類について記入してください																																		
実施(装着)した日： 年 月 日																																		
人工臓器等の種類： <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工関節 <input type="checkbox"/> 人工骨頭 <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> その他 (.....)																																		
上記のとおり相違ありません																																		
年 月 日			所在地																															
			医療機関名																															
			医師名																															

対象者氏名		記号-番号	—	記入担当者																														
病欠および休職の開始日(※)	病欠：	年	月	日	休職：	年	月	日																										
※開始日は、療養のため3日以上連続して休んでいる場合に記入（初回のみ必要）																																		
労務に服さなかった期間	年 月 日から 年 月 日まで（ 日間）																																	
<b>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等を記入してください</b>																																		
上記の「労務に服さなかった期間」の勤務状況・欠勤「×」、出勤「○」、有給「△」、公休「公」 ※出勤簿の写しでも代替可																																		
	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	欠勤日数		
月																																		日
月																																		日
上記の「労務に服さなかった期間」に対して、賃金を支給しましたか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ																																		
給与の種類	<input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> その他（ ）																																	
賃金計算について	勤怠締日： 日 支払日： <input type="checkbox"/> 当月（ ）日 <input type="checkbox"/> 翌月（ ）日																																	
上記の「労務に服さなかった期間」を含む賃金計算期間の賃金支給状況を記入してください (支給した賃金の内訳)																																		
	単価	月 日～月 日	月 日～月 日	月 日～月 日	賃金計算方法 記入欄 (欠勤控除計算方法等)																													
基本給																																		
通勤手当																																		
手当																																		
手当																																		
手当																																		
計																																		
通勤手当について（詳細）																																		
<input type="checkbox"/> 支給なし																																		
<input type="checkbox"/> 実費支給 .....円（1日 円× 日分）																																		
<input type="checkbox"/> 定期券代の支給.....円（ 月 日から ヲ月分定期）																																		
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																																		

添付書類：(初回と賃金支払いがある場合のみ) 申請期間にかかる出勤簿および賃金台帳の写しを提出してください。  
欠勤控除が翌月以降にされた場合は、欠勤控除がされた月の賃金台帳も必要となります。

<以下、健保使用欄のため、記入しないでください>.....

取得： 年 月 日 ・ 喪失： 年 月 日 給与払 ・ 個人払

	前回までの支給期間	今回の支給期間	単価(円)	支給額(円)
傷病手当金	自 年 月 日 至 年 月 日	年 月 日から 年 月 日まで 日間	日額 給料	円
付加金	自 年 月 日 至 年 月 日	年 月 日から 年 月 日まで 日間	日額 給料	円
延長付加金	自 年 月 日 至 年 月 日	年 月 日から 年 月 日まで 日間	日額 給料	円