

記入例

- ・太枠内の全てが必須記入項目です。記入漏れや未記入箇所があると、審査ができませんのでご注意ください。
- ・訂正箇所には訂正印を押してください。

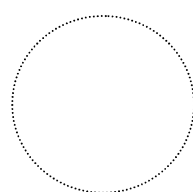
〇〇	〇〇〇〇〇	阪急 太郎 (印)	S・H	50年4月1日
住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 兵庫県神戸市 〇-〇-〇		TEL 〇〇(〇〇〇〇) 〇〇〇〇	※日中に連絡が取れる電話番号を記入してください
休職前の仕事内容	(立ち仕事・座り仕事なども含めて具体的に記入してください) 店舗にてお客様への接客、販売、品出し(ほぼ一日中、立ち仕事)			
傷病名	左足関節捻挫	発病又は負傷の年月日	令和5年11月1日	
療養のために休んだ期間(今回の傷病手当金請求期間) ※1か月毎に申請してください	令和5年11月1日から 令和5年11月30日まで (30日間)			
今回の請求期間における療養状況等について記入してください				
【通院状況】	上記期間に 5 回通院 → 0回の場合はその理由を記入してください		日数が相違していることがあります。	
(理由:)	療養をしていることは傷病手当金支給のうえで必須事項です。必ず記入してください。			
【上記傷病名に対しての投薬の有無】	<input checked="" 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 checked="" 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、 <input type="checkbox"/> 服薬していない (指示通り服薬できなかった理由: ) チェック漏れが多発しておりますので、必ずどちらかに✓を付けてください。「服薬していない」場合は、理由の記載も必要です。			
【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: 痛みで歩くことができない。処方された痛み止めを服用している。)			
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 <input checked="" type="radio"/> 2. 請求中 → 受給対象となった傷病名 ( 肝硬変 ) 3. いいえ			
高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(高齢基礎年金、高齢厚生年金など)	1. はい → 年金額: 年額 円、 年 月分より受給開始 2. 請求中 <input checked="" type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> 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。

所属	課長	係長	係

阪急阪神健康保険組合

受付印



このページは医師へ記入を依頼してください。

医師の証明に記入漏れ・間違い、押印・訂正印漏れ等がないか、受取った時にその場で必ず確認して下さい。

2/3 【医師意見等記入用】

期間について証明してください。

日 年 月 日

①	労務不能の対象となった傷病名	原因	診療開始日
②			

日数が相違していることがあります。誤りを見つけた場合は速やかに医師にお伝えください。

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)	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 (主症状および経過概) 未記入のケースが多くあります。記載がない場合は速やかに医師にお伝えください。

(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) 第一回目の請求の際は記入不要です。

○療養指導の有無について  あり (指導内容: )  なし

○通院指示の有無について 労務不能と認めた期間に関してお答えください。

あり → ( 週間に 回) → 患者は指示通り通院しましたか  はい  いいえ

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:  人工肛門  人工関節  人工骨頭  心臓ペースメーカー  人工透析  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

医師が上記内容を記載した日付にしてください。未来日付による証明は受け付けできません。

**このページは事業主（勤務会社）が記入してください。**

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																																		
月																																		
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 checked="" 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 checked="" 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																																

チェック漏れが多発しております。

チェック漏れが多発しております。

賃金台帳と相違していることがあります。賃金台帳と差異のないように記入してください。

未記入の場合があります。計算方法等はわかりやすく記入してください。

支給後の返金等が発生している場合は、相殺後の金額を記入してください。その際は内訳等も記入してください。

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