

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

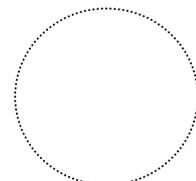
下記のとおり請求します。なお、給付金の受け取りについては事業主に委任します。(任意継続・特例退職は除く)

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 年 月 日
住所	〒 ー		
仕事の内容	(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)	年 月 日から 年 月 日まで ( 日間)		
上記期間中に報酬を受けましたか	1. はい 2. いいえ		
上記質問で「はい」の場合、その期間と報酬額を記入してください	年 月 日から 年 月 日まで ( 日間)		報酬額 円
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:.....)			
・投薬の有無 <input type="checkbox"/> 投薬あり → 1. 処方通り服薬している <input type="checkbox"/> 投薬なし 2. 服薬していない (処方通り服薬できなかった理由:.....)			
・医師からの療養の指示の有無 <input type="checkbox"/> あり (内容:.....) <input type="checkbox"/> なし			
障害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: 円、年 月分より受給開始 対象傷病名 ( )		
	2. 請求中 → 対象傷病名 ( )		
	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	1. はい → 年金額: 円、年 月分より受給開始		
	2. 請求中 → 年 月に手続きをした		
	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. 労災請求中 3. 過去に受給あり 4. いいえ		
	上記質問で1～3の場合 → 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、被保険者証の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

受付印





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、傷病により3日以上継続して休んでいる場合に記入（初回のみ必要） ※診断書がある場合は写しを添付してください																																		
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」																																		
	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
月																																		日
上記の期間に対して、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 カ月分定期）																																		
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 印																																		

添付書類：(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

### 傷病手当金請求に伴う報告書（初回添付）

傷病手当金の給付の際に、労務不能の状況確認や給付制限に該当しないか等を判断する資料の一部となります。  
傷病手当金を請求する初回には、必ず別紙「同意書」と合わせて提出してください。

氏名	印			生年月日	S・H	年	月	日
保険証	記号		番号	記入日		年	月	日

1	<p>今回請求の傷病名を記入してください。また、その傷病名は外傷性のものですか。</p> <p>傷病名： .....</p> <p><input type="checkbox"/> 外傷性である →問2へ      <input type="checkbox"/> 外傷性ではない →問3へ</p>
2	<p>問1で今回請求の傷病名が「外傷性である」場合、負傷の原因・発生場所等を記入してください。</p> <p>負傷年月日：      年      月      日</p> <p>負傷発生場所： .....</p> <p>負傷原因： .....</p> <p>.....</p> <p>通勤途上や業務上の負傷に該当しますか。      <input type="checkbox"/> はい      <input type="checkbox"/> いいえ</p> <p>第三者行為（交通事故等）による負傷ですか。      <input type="checkbox"/> はい※      <input type="checkbox"/> いいえ</p> <p>※「はい」の場合、健康保険組合に「事故届」を提出済みですか。      <input type="checkbox"/> はい      <input type="checkbox"/> いいえ→早急に提出してください。</p>
3	<p>今回の申請期間は、阪急阪神健康保険組合の資格取得日から1年以内のものです。</p> <p><input type="checkbox"/> はい →問4へ      <input type="checkbox"/> いいえ</p>
4	<p>問3で「はい」の場合、当健康保険組合加入する前の保険加入状況について記入してください。</p> <p><input type="checkbox"/> ① .....健康保険組合      加入期間：.....年.....月～.....年.....月</p> <p><input type="checkbox"/> ② 全国健康保険協会.....支部      加入期間：.....年.....月～.....年.....月</p> <p><input type="checkbox"/> ③ .....共済組合      加入期間：.....年.....月～.....年.....月</p> <p><input type="checkbox"/> 国民健康保険に加入していた</p> <p><input type="checkbox"/> 被扶養者として加入していた</p> <p><input type="checkbox"/> 無保険だった</p>
5	<p>問4で①～③に該当する場合、傷病手当金の請求をしたことはありますか。</p> <p><input type="checkbox"/> ある →（受給していた時のことを下に記入してください）      <input type="checkbox"/> ない</p> <p>傷病名      .....</p> <p>受給期間      .....年.....月～.....年.....月</p> <p>勤務されていた会社名      .....</p>

※取得した個人情報は、傷病手当金支給決定・審査の目的以外には利用いたしません。

※記入された内容により、追加の書類を依頼することがあります。

傷病手当金支給決定のため、当組合が関係機関（注）に対して、保険給付受給に関する情報等の照会を行う場合がありますので、別紙「同意書」に記入・押印のうえ、合わせて提出してください。

（注）関係機関とは、受診した保険医療機関の担当医、以前加入の健康保険の保険者等をいう。

阪急阪神健康保険組合理事長 殿

## 同 意 書

私は、健康保険法に基づく傷病手当金の支給決定を行うにあたり、阪急阪神健康保険組合が必要に応じて関係機関（注）に対し照会することに同意します。

（注）「関係機関」とは、保険医療機関の担当医、以前加入の健康保険の保険者等をいう。

令和 年 月 日

住 所 .....

氏 名 ..... 印 .....

生年月日 ..... 昭和・平成 ..... 年 ..... 月 ..... 日 .....

※すべて自筆にてご記入ください。