

## 傷病手当金請求書 ( 回目)

被保険者(申請者)記入用

①/③

申請者の記入するところ	被保険者等 記号・番号		事業所名 (会社名)											
	被保険者の 氏名	(フリガナ)			生年 月日	昭和 平成	年	月	日					
	被保険者の 現住所	〒			電話番号									
					E-mail									
	被保険者の 資格を取得 した日	昭和 平成	年	月	日	被保険者の 具体的な 仕事内容								
当健保加入から初回の請求日までの期間が1年半を経過していない方は、当健保加入前の健保状況(1年半全て)をご記入ください。														
	期間①	平成・令和	年	月	日	～	平成・令和	年	月	日	健保名	・被保険者 ・被扶養者 ・国保 ・その他( )		
	期間②	平成・令和	年	月	日	～	平成・令和	年	月	日	健保名	・被保険者 ・被扶養者 ・国保 ・その他( )		
	期間③	平成・令和	年	月	日	～	平成・令和	年	月	日	健保名	・被保険者 ・被扶養者 ・国保 ・その他( )		

初回の傷病手当金を請求する場合は、別途、当健保ホームページにあります「同意書」の添付が必要です。  
該当する場合は「同意書」を添付のうえ右記へチェックを入れて下さい。

申請者の記入するところ	発病又は 負傷年月日	平成 令和	年	月	日	第三者行為に よるものですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 第三者行為:交通事故やけんか等					
	傷病名											
	発病時の状況 または負傷の原因 を詳しくご記入 ください。											
	傷病の療養 のために 休んだ期間 (請求期間)	平成 令和	年	月	日	から	日間					
		平成 令和	年	月	日	まで						
	上記請求期間に 報酬を受けましたか。 または今後受けられますか	<input type="checkbox"/> 受けた/今後受ける				<input type="checkbox"/> 受けていない/今後も受けない						
	業務上/通勤途上による傷病、 負傷の場合、「労災保険」を 受給していますか	<input type="checkbox"/> いいえ		<input type="checkbox"/> はい		<input type="checkbox"/> 労災申請中			<input type="checkbox"/> 検討中			
	「障害厚生年金」または 「障害手当金」を 受給していますか	<input type="checkbox"/> いいえ		<input type="checkbox"/> はい		<input type="checkbox"/> 申請中		<input type="checkbox"/> 検討中		<input type="checkbox"/> 障害厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害手当金		
	「障害厚生年金」または 「障害手当金」を受給、 また請求中の場合	基礎 年金番号					支給 開始日	年			月	日
		受給要因 の傷病名					年金額	円				
振込先口座	金融 機関名					支店名						
被保険者以外への支 給には、「給付金受領 委任状」が必要です	口座 番号	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	No.			フリガナ						
						名義						

備考欄

上記のとおり申請いたします

提出日

令和

年

月

日

# 傷病手当金請求書

事業主記入用

労務に服さなかった期間を含む賃金計算期間の支払状況等をご記入ください。

②/③

事業主が証明するところ	記号・番号						
	被保険者名						
	労務に服さなかった期間	平成 令和	年	月	日から	日間	
		平成 令和	年	月	日まで		
	上記期間に対し、給与を支給しました(します)か？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	給与の種類	月給・日給・時間給	給与の支給について		
					締日	日	支給日 当月 翌月
	支給した(する)賃金内訳	給与項目	給与支給月	給与計算対象期間		支給額	
賃金(欠勤控除等)計算方法をご記入ください	例)欠勤控除=基本給÷155×(欠勤日数×7.66)÷2						
上記のとおり相違ないことを証明します							
令和 年 月 日							
事業主 住所							
氏名							

●労務に服さなかった期間の給与明細及び勤怠を添付ください。

社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄

# 傷病手当金請求書

療養担当医記入用

③/③

療養を担当した医師が意見をかくところ	患者名			傷病名			
	発病または負傷年月日	年	月	日	療養給付開始日 (初診日)	年 月 日	
	発病または負傷の原因						
	労務不能と認められた期間	令和	年	月	日	から 令和 年 月 日 まで 日間	
	診療実日数 ※入院期間を含む	日					
	診療日及び入院していた日を○で囲ってください。	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				
	労務不能と認められた期間中における「主たる症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等						
	上記のとおり相違ないことを証明します						
				令和	年	月 日	
医療機関	住所						
	名称			TEL			
医師	氏名						

**【療養担当医の方へ】**

- ・「労務不能と認められた期間」・・・初診日から最終診療日までの期間のうち、今回の傷病手当金請求書に対する労務不能と認められた期間をご記入ください。
- ・記入欄が不足する場合は、当ページをコピーしてご記入ください。

No.	傷病手当金請求書に関する よくある問い合わせ	回答
1	申請期間はどのように書いたらいいですか	医師が証明する労務不能と認めた期間に合わせてご記入ください。  なお医師の証明(傷病手当金請求書③/③)について、未来の日付は見込み扱いとなり受理できませんので、例えば、1/1～1/31の申請を行う場合、2月に入ってから証明をもらうことになります。
2	転院をしましたが引き続き申請できますか	引っ越しのため転院したなど複数の病院を受診した場合は転院前と転院後それぞれの医療機関に医師の証明をお願いする必要があります。 それぞれ証明がもらえれば、申請した期間の傷病手当金は支給されます。 ただし、転院前後の証明に空白期間がある場合その期間は申請をおこなっても支給されません。 複数の病院を受診する場合、必ず日付を確認するようにしてください。
3	まとめて申請できますか	傷病手当金は生活の保障となるものとして設けられた制度のため、まとめての申請ではなく、月単位や医療機関の受診のたびにご請求ください。
4	通院頻度が少ないです	病気やケガで長期休んでいたとしても、病院の受診回数が少ない場合、不支給となる可能性があります。 なお、医師が判断したうえで診察の回数が少ないのであれば問題ありませんので、医師の証明へ通院頻度など記載していただいでください。

#### 傷病手当金とは・・・

被保険者が業務外の病気やケガの治療のために労務につくことが出来ず、事業所から報酬(給与)を受けることができない時に、被保険者の生活の安定を図るために支給されます。

下記に該当されている方は、傷病手当金のお支払いが出来なくなる場合もありますのでご注意ください。

- ・通院が必要であるにもかかわらず病院に言っていない
- ・処方された薬をうけとっていない  
(医師より処方箋をだされた場合、そのお薬の受取り・服用を含めて治療と解釈いたします)