

健康保険傷病手当金請求書（第 回）

◎記入するときは、うらの注意事項をよく読んで誤りのないようにしてください。

被 保 険 者 （ 請 求 者 ） が 記 入 す る と こ ろ	① 健康保険被保険者証の記号・番号 記号 番号		② 被保険者の生年月日 年 月 日		③ 備 考		受付年月日																																																																																											
	④ 被保険者（請求者）の氏名（自署） (フリガナ)				⑤ 事業所の	名 称																																																																																												
						所在地																																																																																												
	(相続人からの請求の場合は被保険者氏名)																																																																																																	
	⑥ 被 保 険 者 （ 請 求 者 ） の 住 所 ・ 電 話 番 号 (フリガナ) 〒□□□-□□□□ 電話 ()																																																																																																	
	⑦ 被保険者の業務の種類（既に退職している場合は退職前の業務の種類） (詳しく)						⑧法人の役員ですか いいえ・は い		※ 傷 病 コード		1. <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																																												2. <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																																											
⑨ 請求の原因となった傷病名				⑩ 負傷（ケガ）は第三者の行為によるものですか は い いいえ 負傷（ケガ）の場合は、「負傷届」を第1回請求時に必ず添付してください。		⑪ 負傷（ケガ）の原因・状況 (いつ) 年 月 日 () 時 分頃 (どこで) (何をしていて、どのように負傷したか) ア. 私用中 イ. 仕事中 ウ. 通勤途中 エ. その他 ()																																																																																												
ケガ⇒ ・ 病気⇒				⑫ 発 病 の 原 因		発病の年月日 年 月 日																																																																																												
⑬ 請 求 期 間（病気又はケガのため休んだ期間） 年 月 日から 年 月 日まで 日間 ただし (具体的な日付を記入してください) は出勤のため除く 是有給休暇																																																																																																		
⑭ ⑬の期間（請求期間）に給料を受けましたか				⑮ 障害年金又は障害手当金を受給していますか		年金証書の基礎年金番号・年金コード																																																																																												

ア. 全部受けた イ. 全部受けられる ウ. 一部受けた エ. 一部受けられる オ. 受けられない		年 月 日から 年 月 日まで 日間 円	いいえ・請求中・はい ⇒ ↓ 受給の原因となった傷病名	障害年金又は障害手当金の額 円									
⑯ ⑬の期間のうち入院した期間		年 月 日から 年 月 日まで 日間	⑰ ⑯の期間の入院区分 1. 健康保険 2. 公 費 3. 自 費 4. その他	⑱ 入院した病院の名称及び所在地 名 称 所在地				⑲ 被扶養者の有無 あ る な い					

※印のところは記入しないでください。

委 任 状	表記請求金額の受領を 年 月 日 に委任します。	
	被保険者の 住 所 (請求者) 氏 名 (自署)	
	大阪自動車販売店健康保険組合理事長殿	

組 合 記 入 欄	支 給 金 額	円	標準報酬月額	千円 (円)
	支 給 期 間	年 月 日から 年 月 日まで (日間)		
	前 回 迄 の 支 給 期 間	年 月 日から 年 月 日まで (日間)		
	資格取得 年 月 日	資格喪失 年 月 日		

事 業 主 が 証 明 す る と こ ろ	⑳ ⑬の期間のうち労務に服さなかった期間 年 月 日から 年 月 日まで 日間 ただし (具体的な日付を記入してください) は出勤のため除く 是有給休暇				㉑ 職場復帰しましたか ア. 欠勤中（証明日現在） イ. 月 日から出勤 ウ. 月 日付で退職		㉒ ㉑の期間に報酬を支給しましたか ア. 全部支給した イ. 全部支給する ウ. 一部支給した エ. 一部支給する オ. 支給しない		
	㉓ 報酬の支給形態 ア. 月給制 イ. 日給月給制 ウ. 日給制 エ. 時間給制 オ. その他 ()		㉔ 報酬の締切日・支払日 (締 切 日) (支 払 日) 日締め 日払い		㉕ 欠勤した場合の報酬の支給方法（控除計算方法） ・基本給は ア. 控除しない イ. 控除する (欠勤1日につき 円) ・諸手当は ア. 控除しない イ. 控除する (欠勤1日につき 円) その他 ()				
	㉖ ㉑の期間中における報酬（今後支払う予定のものを含む）の支給額等について、報酬の締切ごとに記入してください								
			基 本 給	家族手当	役付手当	通勤手当	手当	手当	合 計
	欠勤しなかった場合の1か月の報酬支払額		円	円	円	円	円	円	円
	実 際 の 報 酬 支 払 額	月分	年 月 日から 年 月 日まで	/ ~ / 円	/ ~ / 円	/ ~ / 円	/ ~ / 円	/ ~ / 円	円
		月分	年 月 日から 年 月 日まで	/ ~ / 円	/ ~ / 円	/ ~ / 円	/ ~ / 円	/ ~ / 円	円
	こ ろ	月分	年 月 日から 年 月 日まで	/ ~ / 円	/ ~ / 円	/ ~ / 円	/ ~ / 円	/ ~ / 円	円
		㉗ うえのとおり相違ありません。 年 月 日 事業所の所在地 事業所の名称 事業主氏名 電話 ()							

◎うらの記載例を参照してください。

医 師 が 意 見 を 書 く と こ ろ	㉘ ⑬の期間のうち労務不能と認めた期間 年 月 日から 年 月 日まで 日間		㉙ 労務不能の原因となった傷病名 (症状の重い順に記載してください)		㉚ 発病又は負傷の日 年 月 日		㉛ 発病又は負傷の原因		㉜ 診療開始年月日 年 月 日	
	1.		年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日	
	2.		年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日	
	㉝ 診療実日数	㉞ 転 帰	3 疾病以上のとき		年 月 日		年 月 日		年 月 日	
	㉟ ㉘の期間のうち入院した期間 年 月 日から 年 月 日まで 日間		㊱ ㉘で労務不能と認めた期間については、傷病の主症状及び経過を詳しく記入してください							
	㊲ ㉙の期間の入院費用の区分 1. 健康保険 2. 公 費 3. 自 費 4. その他									
	㊳ 人工透析を実施したときに記入する欄 人工臓器を装着									
	年 月 日人工透析実施 人工臓器装着									
	(人工臓器等の種類) ア. 人工透析 イ. 人工肛門 ウ. 人工関節 エ. 人工骨頭 オ. 心臓ペースメーカー カ. その他 ()		就労の見込みについて (ア. 月 日頃から就労可能の見込み イ. 現時点では不明)							
	㊴ うえのとおり相違ありません。 年 月 日 医療機関等の所在地 医療機関等の名称 医師の氏名 (自署)		電話 ()							

※1. 届出書の記入内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と記入者または証明者（被保険者、事業主、医師等）の署名（サイン）が必要となります。
※2. 事業主証明欄は事業所所在地、事業所名称並びに事業主氏名等について、ゴム印の使用をお願いします。

記入するときの注意事項（添付書類を含む）

- 記入するときは、鉛筆、消せるボールペンを使用しないでください。
- 記入漏れのないよう注意してください。
- 記入内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と記入者または証明者（被保険者、事業主、医師等）の署名（サイン）が必要となります。
- 支給決定に際し、別途必要書類等の提出をお願いします。

《被保険者（請求者）が記入するところ》

- ①欄 あなたの健康保険被保険者証に記載されている記号番号を記入してください。
- ④欄

被保険者が死亡した場合は、相続人から請求することができます。この場合、④欄には請求者の氏名を自署し、（ ）内に被保険者であった者の氏名を記入してください。
また、当組合の被扶養者でない場合は、相続人であることが確認できる書類（例えば「戸籍謄本」等）を添付してください。
- ⑥欄 郵便物が確実に届くように、「□□方」「△△アパート」等まで記入してください。
相続人から請求する場合は、請求者の住所を記入してください。
- ⑦欄 あなたの仕事の内容を、（経理担当事務、店頭販売などのように）具体的に記入してください。
既に退職している場合は、退職の直前の仕事の内容を記入してください。
- ⑨欄 労務不能の原因となった傷病名を記入し、ケガ・病気のいずれか該当する方を○で囲んでください。
- ⑩欄 ⑨欄に記入した傷病名がケガのときは、「はい」「いいえ」のいずれか該当する方を○で囲んでください。
負傷（ケガ）のときは、第三者の行為であるか否かにかかわらず、「負傷届」をその負傷での第1回目の請求時に必ず添付してください。
既に「負傷届」を提出済の場合は、⑪欄に負傷発生の原因・状況を簡単に記入してください。
- ⑫欄 ⑨欄に記入した傷病名が病気のときは、発病の原因等を記入してください。
- ⑬欄 請求日数（ 日間）は間違いのないようによく確かめて記入してください。
- ⑭欄 ア～オのうち、該当するものを○で囲んでください。
ア・イ・ウ・エのいずれかを○で囲んだときは、給料を受けた期間と金額を記入してください。
- ⑮欄 いずれか該当するものを○で囲んでください。
障害厚生年金を受けているときは、年金証書の基礎年金番号及び年金コード・受給の原因となった傷病名を記入してください。また、「障害厚生年金（同一支給事由で障害基礎年金を受けているときは障害厚生年金及び障害基礎年金）の年金証書の写」及び「支払通知書等の写」を添付してください。
障害手当金を受けたときは、基礎年金番号・受給の原因となった傷病名を記入し、「支払通知書等の写」を添付してください。この場合、障害手当金を受けた日以後で、傷病手当金の支給が停止された期間について、医師の意見、事業主の証明が必要な場合があります。

《委任状の欄》

- この給付金の受取りを代理人に委任する場合は、「委任状」の欄に、被保険者（請求者）が住所、氏名等を自署してください。

《医師が意見を書くところ》

- あなたが受診している医療機関の担当医師に記入（自署）してもらってください。
医師の意見書が外国語で作成されている場合は、日本語の翻訳文（翻訳者の住所、氏名等を記載したもの）を添付してください。

《添付書類》

「給料明細」、「出勤簿」について

第1回目の請求時（及び、2回目以降の請求でも、給料の支払いがあった時）については、「給料明細」（写）及び、「出勤簿」等、勤務（勤怠）状況のわかるもの（写）を添付してください。

なお、「給料明細」については、傷病手当金請求期間を含む期間の前月分（欠勤減額されていない月分で、一月分の通常の給料額等がわかるもの）から、傷病手当金請求期間分まで、また、「出勤簿」については、出勤（あるいは、有給休暇等）と欠勤等がわかる月分から傷病手当金請求期間分まで、が必要となります。

請求者が請求期間の全日にわたって欠勤しており、「給料明細」、「出勤簿」等そのものがない月については、その旨を「事業主が証明するところ」の欄外に、明記してください。

また、通勤手当等あらかじめ3か月分あるいは6か月分を支給していて、傷病手当金請求期間においてもその手当が既に支給済みである場合は、その手当の支払月の「給料明細」（写）も併せて添付してください。

《事業主が証明するところ》

- あなたが勤務している事業所の事業主に記入してもらってください。
既に退職している場合は、退職日後に係る証明は必要ありません。

（記載例）

事業主が証明するところ	⑩ ⑬の期間のうち労務に服さなかった期間				⑪ 職場復帰しましたか		⑫ ⑫の期間に報酬を支給しましたか		
	2022年7月14日から 2022年8月18日まで		36日間	ただし（具体的な日付を記入してください） は出勤のため除く	7／14, 15, 16	ア. 欠勤中（証明日現在） ⑬ 8月19日から出勤 ウ. 月 日付で退職	ア. 全部支給した ⑭ 一部支給した オ. 支給しない	イ. 全部支給する エ. 一部支給する	
	⑬ 報酬の支給形態		⑭ 報酬の締切日・支払日	⑮ 欠勤した場合の報酬の支給方法（控除計算方法）					
	ア. 月給制 ⑬ 日給月給制 ウ. 日給制 エ. 時間給制 オ. その他（ ）		（締切日） 20 日締め	（支払日） 25 日払い	・基本給は ア. 控除しない ⑬ 控除する（欠勤1日につき計算方法 月額8,000円） ・諸手当は ⑭ 控除しない イ. 控除する（欠勤1日につき計算方法） その他（諸手当は1か月のうち出勤が0のときは支給しない）				
	⑯ ⑫の期間中における報酬（今後支払う予定のものを含む）の支給額等について、報酬の締切ごとに記入してください								
			基本給	家族手当	役付手当	通勤手当	住宅手当	手当 合計	
	欠勤しなかった場合の 一か月の報酬支払額		200,000円	10,000円	20,000円	7月3ヵ月分 12,000円	10,000円	円 252,000円	
	実際の 報酬 支払 額	7月分	2022年6月21日から 2022年7月20日まで	6／21～7／16 176,000円	／～／ 10,000円	／～／ 20,000円	6／21～9／20 12,000円	／～／ 10,000円	／～／ 円 228,000円
		8月分	2022年7月21日から 2022年8月20日まで	8／19～8／20 16,000円	／～／ 10,000円	／～／ 20,000円	／～／ 円	／～／ 10,000円	／～／ 円 56,000円
		月分	年 月 日から 年 月 日まで	／～／ 円	／～／ 円	／～／ 円	／～／ 円	／～／ 円	／～／ 円
ろ	⑰ うえのとおり相違ありません。 事業所の所在地 大阪市△△区□□×丁目×番×号 2022年8月25日 事業所の名称 ○○株式会社 事業主氏名 代表取締役 健康太郎 電話 06（△△△△）△△△△								

- ⑩欄 出勤簿等に基づいて正しく記入してください。
期間中に、出勤した日や有給休暇の日があれば「ただし」欄にその日付を記入してください。
- ⑮欄 欠勤した場合の報酬の支給方法（控除計算方法）について、該当するものを全て○で囲み、必要に応じ具体的な控除計算方法を記入してください。（記載例参照）
- ⑯欄 労務に服さなかった期間に係る給料の支給状況等について、次により記入してください。
 - 家族・役付・通勤の他に、月を単位として諸手当が支給されている場合は、空欄にその名称を記入してください。ただし、超過勤務に係る手当は除いてください。
 - 「欠勤しなかった場合の1か月の報酬支払額」欄について
 - 日給制の場合は、基本給の欄に「@」と表示し、日額を記入してください。
 - 通勤手当が数か月分まとめて支払われるような場合は、通勤手当の欄に支払月・対象期間・支給額を記入してください。（記載例参照）
 - 「実際の報酬支払額」欄について
 - 各月の給料の締切ごとに区分してください。
 - 金額は、当該期間に実際に支払った給料の額を記入してください。
 - 「／～／」は、欠勤控除をした場合などに、実際に支払った給料の支払い対象とした期間を記入してください。（記載例参照）
- ⑰欄 記載内容について、事業主の証明を行ってください。
法人事業所の場合は、事業所の所在地、事務所の名称、事業主氏名等についてはゴム印を押してください。

※以上の内容でわからないことがありましたら、健康保険組合へおたずねください。