



健保組合	担当者

事業所	所属長	担当者	受付印
	<div style="border: 2px solid red; padding: 5px;"> <p>※記入漏れ・押印漏れは 返戻の対象となります            ※必ずボールペンで記入してください            ※該当する口の項目には✓を入れてください</p> </div>		

健保が記入するところ					
前回迄の支給期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	支給	法定	円 × 日 =	円
本請求の支給期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで ( ) 日間		給付	- =	円
			付加給付	円 × 日 =	円
			決定額		円

## 傷病手当金・傷病手当金付加金請求書 (第 回 目)

被保険者(請求者)が記入するところ			
健康保険 記号・番号	—	被保険者氏名	
被保険者の 住所と連絡先	〒 - 電話: ( )		
事業所(会社)名		職業の種類	
職業の内容	※作業を含む仕事の場合、身体のどこに負荷がかかるのかも詳しくご記入ください。 <div style="border: 2px solid red; padding: 5px; text-align: center;"> <b>身体にどういった負荷がかかるかについて必ず記入してください</b> </div>		
傷病名		発病(負傷) した年月日	令和 年 月 日
発病(負傷)の 原因および 症状の説明	<input type="checkbox"/> 通勤災害 ・ 業務災害 ⇒ 労災認定を受けていますか。 ⇒ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 請求中 <input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> 交通事故 ・ 第三者による行為 ( 労働基準監督署 ) <input type="checkbox"/> その他 ( ) ※傷病の原因、及びいつ頃からどのような症状なのかを詳しくご記入ください。 <div style="border: 2px solid red; padding: 5px; text-align: center;"> <b>※労災や事故に該当していない、原因不明の場合でも、症状について必ず記入してください</b> </div>		
療養のために 休んだ間(請求期間) ※一ヶ月単位	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 ( 日間)		
上記期間の報酬があ る期間と報酬金額	令和 年 月 日 ~ 令和 年	報酬金額	円 <div style="border: 2px solid red; padding: 5px; text-align: center;">原則、一ヶ月単位の申請です</div>
受診している 医療機関	医療機関名:	<div style="border: 2px solid red; padding: 5px;">現在、治療・療養の指導を受けている医療機関を記入してください。 ※裏面の証明は主治医より受け取ってください</div>	
請求期間中の 療養について	所在地:		
	症状:		
請求期間中の 療養について	療養の内容:	※医師からの指示等	
	障害年金 障害手当金 受給有無	<input type="checkbox"/> はい → 傷病名: <input type="checkbox"/> 請求中 → 基礎年金番号: <input type="checkbox"/> いいえ	<div style="border: 2px solid red; padding: 5px;"> <b>該当する場合は、必ず添付してください</b>          【添付書類】          ・年金証書(写)          ・直近の支払通知書(写)          ・対象傷病名がわかる書類(写)       </div>
老齢年金等 受給有無	<input type="checkbox"/> はい → <input type="checkbox"/> 請求中 → <input type="checkbox"/> いいえ	基礎年金番号: 請求者の訂正印を押印してください	年金額 円 <div style="border: 2px solid red; padding: 5px;"> <b>【添付書類】</b>          ・年金証書(写)          ・直近の支払通知書(写)       </div>

<注意>

※今回請求される期間中についてご記入ください。

※訂正される場合は訂正印が必要です。

事業主が証明するところ	
労務に服さなかった期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 ( 日間) <b>交通費や家族手当なども「報酬」になります</b>
【勤務状況】…出勤は「出」 有休等で全日報酬あり「○」 半休や手当で一部報酬あり「△」 報酬なし「×」	
	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
年 月	
年 月	<b>申請は原則、一ヶ月単位です。●月21日～翌月20日など、月を跨ぐ一ヶ月単位の場合、2段使用可としています</b>
請求期間で報酬があった期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 ( 日間)
請求期間に支払われた報酬金額	円 給与締め日 日 / 当月・翌月 日払
復職(予定) 年月日	令和 年 月 日 予定 令和 年 月 日 復職
傷病が出産に関わる場合	分娩予定日: 令和 年 月 日 分娩日: 令和 年 月 日
上記の通り相違ないこと、労災、通勤災害、第三者行為に該当しないことを証明します。	
令和 年 月 日	事業所所在地 事業所名 事業主 <b>事業所ゴム印</b>
	<b>記入漏れ注意</b>

<注意>  
 ※請求期間にあたる勤怠と賃金台帳の写しを添付してください。 **報酬無の期間であっても、必ず添付してください**

療養担当の医師が記入するところ	
労務不能と認めた傷病名	初診(療養開始)日 昭・平・令 年 月 日 転 帰 令和 年 月 日 治癒・継続・転医
労務不能と認めた期間 ※約1ヶ月を最長	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 ( 日間)
上記の期間中に入院した期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 ( 日間) <b>原則、一ヶ月単位の申請です</b>
【外来診療状況】…診療日「○」 処方ありの診療日「●」 検査のみ「検」 証明書交付のみ「交」	
	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
年 月	
年 月	
発病または負傷年月日	<b>請求期間中の外来通院について、記入してください ※証明は原則、一ヶ月単位です。月を跨ぐ一ヶ月単位の場合、2段使用可としています</b>
発病または負傷の原因について	
労務不能と認めた期間中の療養の指示内容	
症状経過からみて従来の職種について労務不能と認めた医学的所見	
証明日現在の症状と今後の治療計画	<b>すべての欄に記入をお願いします 「★」の欄について、初診月の証明の場合のみ記入なしとして問題ありません ※ 証明期間中に診療実日数0日であった場合は、理由を記入してください</b>
(★)前月の症状との比較状況の変化や経過など	
通院指導について	<input type="checkbox"/> あり … ① 日毎 ② 回/週 ③ 回/月 ④その他( ) <input type="checkbox"/> なし
復職について	令和 年 月 日頃 (復職・復職予定) / 令和 年 月 日現在 復職未定
上記の通り相違ないことを証明します。	
令和 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 <b>医療機関ゴム印</b>
	<b>記入漏れ注意</b> 電話: ( )

<注意>  
 ※請求は1ヶ月に一度、医師の診察を受けて証明を貰ってください。 ★…初診月の場合のみ、記入なし可  
 ※証明欄の項目について、すべてご記入いただくようお願いいたします。  
 ※医療機関等の所在地・名称については、ゴム印を押印してもらってください。 ※記入漏れ・押印漏れは 返戻の対象となります  
 ※訂正される場合は訂正印が必要です。