

1頁/3頁
(傷病手当金・様式)傷病手当金並びに
傷病手当金付加金請求書(第 回目)

【改訂：2026年6月】

被 保 険 者 の 記 入 欄	記号(※1) 番号(従業員番号)	氏名	生年月日	昭和 平成	年 月 日	
	傷病名	発病または 負傷年月日		平成 令和	年 月 日	
	発病または 負傷の原因	(発病時の状況または負傷の原因をわかる範囲で記入してください)		第三者行為による 負傷ですか?	いいえ	はい
				通勤途上による 負傷ですか?	いいえ	はい
				労災保険から休業補償 を受けていますか?	いいえ	はい
	休んだ期間 の療養状況	(症状の経過・療養状況等を詳しく記入してください)				
	労務に服することができず 休んだ期間(休日含)	(有給休暇期間及び管理職(実力等級M1/P1/S1/T7以上の社員)の欠勤による給料支給期間も含めて記入してください。)				
	年金の受給状況	(受給している又は申請中に該当する場合は、年金証書と直近の年金額を証明する書類(年金振込通知書)写しを添付してください。)				
	年金の種別	(受給していない場合はチェック不要です。)				
	傷病名について	障害基礎(厚生)年金 老齢基礎(厚生)年金 障害手当金				
振込口座 について	(振込先に公金受取口座を希望する場合は、チェックしてください) 公金受取口座を利用します(マイナポータル等で事前登録した口座)⇒ ※経費口座(資格喪失者)・保険料振替口座(任意継続者)を希望する場合は、チェックは不要です。 ※公金受取口座情報の反映には、登録から数日を要します。給付日直前の変更や登録に誤りがあった場合は、経費口座・保険料振替 口座に振込みます。					
上記のとおり請求いたします。 また、傷病手当金と以下の給付が重複した場合、傷病手当金を返還することを誓約いたします。						
1. 障害厚生年金・障害基礎年金あるいは障害手当金(傷病手当金と関連する傷病の場合) 2. 休業補償給付(労災保険) 3. 第三者行為による相手方からの休業補償費 4. 老齢厚生年金・老齢基礎年金 5. 出産手当金						
年 月 日						
Y K K健康保険組合理事長 殿 千() TEL ()						
請求者 住所 氏名						
※被保険者死亡時の請求者は相続人であること						

【被保険者の注意事項】

- 傷病手当金は毎月1回の支給になります。まとめて請求せずに1ヵ月ごとに請求してください。
- ※1記号は、任意継続被保険者は9000、被保険者資格喪失者(退職後の方)は従前の被保険者情報の記号を記入してください。
- この請求書は3枚1セットです。
- 申請内容について確認させていただく場合がありますので、**傷病手当金請求書控えの保管**をお願いします。
- 退職後の給付期間には、傷病手当金付加金の支給はありません。
- ご記入いただいた個人情報は、傷病手当金等の支給にのみ利用させていただきます。

【振込みについて】

- 傷病手当金等の支給は毎月18日に締切り、月末日(月末日が休日の場合はその前日)に振込みます。
- 支給額については、健康ポータルサイト「健康の森」をご確認ください。
紙面送付ご希望の方はお問合せ先までご連絡ください。

【提出先およびお問合せ先】

Y K K健康保険組合：現金給付担当
〒938-8601 富山県黒部市吉田200
TEL：(外線)0765-54-8650 (内線)772-3920
E-mail：kenpo-todokede.jpn@ykk.com

2頁/3頁
(傷病手当金・様式)

傷病手当金並びに傷病手当金付加金請求書

医 師 の 意 見 欄	患者氏名	発病又は 負傷日	平成 令和	年	月	日	初診日	平成 令和	年	月	日																						
	傷病名	(労務不能の原因となる傷病名を全て記入してください)																															
	労務不能と 認めた期間	令和	年	月	日	～	令和	年	月	日	(日間)	左記期間の 診療実日数	日間																				
	上記のうち 入院期間	令和	年	月	日	～	令和	年	月	日	(日間)	転 帰	<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 転医																				
	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
	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	
傷病の 主症状及び 経過概要	(労務不能と認めた医学的な所見をできるだけ詳しく記入してください)																																
上記のとおり相違ありません。												住所																					
												医療機関名																					
												医師 氏名																					
												TEL																					
												(押印省略可)																					

【医師へのお願い】

- 労務不能と認めた期間が経過した後に証明してください。(未来日の証明はしないでください)
- 証明が漏れていると支給できない場合がありますので、全ての項目を証明してください。
- 記入箇所を訂正する場合は医師の訂正印を押してください。

事 業 主 の 証 明 欄	(A) 労務に服さなかった期間	令和	年	月	日	～	令和	年	月	日	(日間)	
	(B) 報酬の 支給状況	<input type="checkbox"/> 全部 支給した	(A)の期間に1日当たりの報酬の全部(有給休暇含む)を支給した場合、その期間を記入してください。									
		<input type="checkbox"/> 一部 支給した	(A)の期間に1日当たりの報酬の一部(半日年休・諸手当等)を支給した場合、その期間と金額を記入してください。									
		<input type="checkbox"/> 支給なし	(A)の期間に報酬の支給はありません。									
	実力等級	管理職の社員の欠勤時の給料支給					令和	年	月	日分まで支給		
	備考欄	上記のとおり相違ないことを証明します。										
												所在地
												事業主 事業所
												TEL

【事業主の注意事項】

- (A)は、被保険者の休んだ期間と医師の労務不能と認めた期間が重複している期間を記入してください。
- (B)は、(A)期間中の報酬の支給状況を記入してください。(複数期間ある場合は支給状況が確認できる書類を添付してください)
- 第1回目の申請の場合は、勤怠状況が確認できる書類を添付してください。(勤怠計算書可)
- 任意継続被保険者又は被保険者資格喪失後の期間は事業主の証明は必要ありません。

受付印



3頁 / 3頁
(傷病手当金・様式)

療養・日常生活状況等報告書

①今回の傷病手当金請求期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
②請求期間中の診療実日数	日	実日数0日の場合はその理由：
③通院状況について	<input type="checkbox"/> 1か月に 回 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 受診していない(理由：)	
④治療内容(①の期間)について	1.どのような治療を受けましたか(該当するものすべてにチェック)	
	<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 投薬 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> その他 ()	
⑤療養上の医師からの指導について	2.薬を処方されている場合、医師の指示通り服用していましたか	
	<input type="checkbox"/> 服用している <input type="checkbox"/> 服用していない(理由：)	
⑥療養上の医師からの指導について	(医師から療養上指導を受けていることを記入してください)	
⑦症状の経過について	<input type="checkbox"/> 良くなっている <input type="checkbox"/> 少し良くなっている <input type="checkbox"/> あまり変わらない <input type="checkbox"/> 少し悪くなっている <input type="checkbox"/> 悪くなっている <input type="checkbox"/> その他 ()	
⑧就労について	1.就労について医師からどのように指導されていますか	
	<input type="checkbox"/> 療養に専念しているため就労不能 <input type="checkbox"/> 症状は改善しているが、しばらく就労はできない <input type="checkbox"/> 就労可能	
⑨現在の就労状況について	2.現在の就労状況について	
	<input type="checkbox"/> 現在就労している <input type="checkbox"/> 就職予定である(年 月 日より勤務予定) <input type="checkbox"/> 就労の予定はない <input type="checkbox"/> その他 ()	
⑩現在加入している健康保険について	<input type="checkbox"/> YKK任意継続被保険者 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 家族の健康保険の被扶養者 <input type="checkbox"/> その他の社会保険 ()	
⑪雇用保険(失業給付)について	<input type="checkbox"/> 受給している <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 受給期間の延長手続きをしている ⇒ <u>受給期間延長通知書(写)</u> を添付 ※初回のみ <input type="checkbox"/> 受給する予定はない <input type="checkbox"/> その他 ()	

【注意事項】

- この報告書は健康保険法第59条に基づき提出をお願いしています。
- 今回請求する傷病手当金請求期間において、記入もれがないようご注意ください。
- 虚偽および誤記載であることが判明した場合、傷病手当金の支給はできません。また、支給済の場合はご返金いただきます。
- ご記入いただいた個人情報は、傷病手当等の支給にのみ利用させていただきます。

上記の内容に相違ありません。

年 月 日

YKK健康保険組合理事長 殿

氏 名 :