

健康保険 傷病手当金 請求書 (第 回)

健康保険 傷病手当金付加金



< 被保険者記入用 > **1 枚目**

※ 印刷は、A 4 片面でお願いします。

| | | | | |
|-----|-------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 連絡先 | 健康保険組合より問合せする場合の連絡先を記入してください。 | | | |
| TEL | | <input type="checkbox"/> 職場 | <input type="checkbox"/> 自宅 | <input type="checkbox"/> 携帯 |

1. 記入は、消すことのできない筆記用具を使用してください。
2. この太枠欄の訂正は二重線で抹消し、訂正印を押印してください。(修正液・修正テープ等での訂正は認められません。)
3. 記入方法および添付書類等については、「記入の手引き」を確認してください。

| | | | | | | |
|------------------------------|---|--|---|--|---|---|
| ① 提出日 | 令和 年 月 日 | | | | | |
| ② 被保険者証 | 記号 | 番号 | ③ 事業所名 (会社名) | | | |
| | | | | | | |
| ④ 被保険者名 | (フリガナ) | | | ⑥ 業務の種別 | | |
| | | | | | <input type="checkbox"/> 事務 <input type="checkbox"/> 営業 <input type="checkbox"/> 設計 <input type="checkbox"/> 製造 <input type="checkbox"/> その他() | |
| ⑤ 生年月日 | <input type="checkbox"/> 昭和 | 年 月 日 (歳) | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 平成 | | | | | |
| ⑦ 現住所 | (〒 -) 電話() - | | | | | |
| ⑧ 傷病名 | | | ⑨ 発病または負傷年月日 | <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和 | | |
| ⑩ 発病または負傷した原因 | 病気の 場合 | | | | | |
| | 外傷の 場合 | (どこで) | (どのようにして) | | | |
| ⑪ 第三者行為によるものですか | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい | ⑫ 業務上または通勤途上での傷病ですか | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい | ※「はい」の場合は、原則 労災保険適用です。事業所担当部署でご確認ください。 | | |
| ⑬ 療養のため休んだ期間 | 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間 | | | | | |
| ⑭ 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 | 「はい」 の場合 | 受給開始日 | 年 月 日 | 受給額(年額) | 円 |
| | <input type="checkbox"/> はい | | 受給原因となった傷病名 | | | |
| | <input type="checkbox"/> 請求中 | ※「はい」「請求中」の場合は添付書類が必要です。「記入の手引き」をご覧ください。 | | | | |
| ⑮ 被保険者が在籍の場合 | 委任欄 | この給付金の受領に関する権限を事業主に委任します。 | | | | |
| | | 被保険者氏名 | | | | |
| 任意継続被保険者または資格喪失者(退職・退職予定)の場合 | ⑯-1 老齢年金・老齢基礎年金等の公的年金を受給していますか | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> いいえ | 「はい」の場合 | | | | |
| | <input type="checkbox"/> はい | 受給開始日 | 年 月 日 | 受給額(年額) | 円 | |
| | <input type="checkbox"/> 請求中 | ※「はい」「請求中」の場合は添付書類が必要です。「記入の手引き」をご覧ください。 | | | | |
| | ⑯-2 雇用保険失業給付について | | | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> ・雇用保険を受給する場合は、傷病手当金を受給することができません。 ・傷病手当金請求を行う場合は、雇用保険受給期間延長手続きを行い「雇用保険受給期間延長通知書」のコピーを提出ください。 | | | | | |
| 振込希望先 | 銀行・農協 | | 支店 | 預金種別 | <input type="checkbox"/> 普通 | |
| | 信金・信組 | | 出張所 | | <input type="checkbox"/> 当座 | |
| ⑰ 照会等の同意 | 本手当金の支給に際し、貴健康保険組合が必要に応じ、担当医・事業主または他の関係先に必要な情報を提示すること、および照会することに同意します。また、この請求書の写しも有効であることに同意します。 | | | | | |
| | 被保険者氏名 | | | | | |

1. 記入は、消すことのできない筆記用具を使用してください。
 2. この太枠欄の訂正は二重線で抹消し、訂正印を押印してください。（修正液・修正テープ等での訂正は認められません。）
 3. 記入方法および添付書類等については、「記入の手引き」を確認してください。

| | | | | | |
|---------------------|--|--------------------------|--------------------------|----|-------|
| ⑦ 被保険者証 | 記号 | 番号 | 被保険者氏名 | | |
| | | | | | |
| ⑧ 労務に服さなかった期間 | 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間 | | | | |
| ⑨ | ⑧の期間で有給を取得した日（半日取得含む） ※具体的な日付を記入してください | | | | 取得実日数 |
| | | | | | 日 |
| ⑩ | ⑧の期間で出勤した日（リハビリ勤務含む） ※具体的な日付を記入してください | | | | 出勤実日数 |
| | | | | | 日 |
| ⑪ | ⑧の期間に係る報酬状況 | | | | |
| | 報酬内容 | 1か月分 | 出勤日数分 | 月分 | 月分 |
| | 賃金支給額 | | | 円 | 円 |
| | 通勤手当 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 円 | 円 |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 円 | 円 |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 円 | 円 |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 円 | 円 |
| | 計 | | | 円 | 円 |
| 上記のとおり相違ないことを証明します。 | | | | | |
| 令和 年 月 日 | | | | | |
| 事業所所在地 | | | | | |
| 事業所名称 | | | | | |
| 事業主氏名 | | | | | |

※1 第1回目の請求時は、勤怠簿(写)を添付してください。

※2 2回目以降であっても、申請期間中に有休取得・出勤および請求期間が継続していない場合も添付してください。

事業主による確認欄（必ずチェックをしてください）

| | | |
|-----|--------------------------|---|
| 確認欄 | <input type="checkbox"/> | この届出について、①又は②の要件を満たしたものである。 ①申請者本人（被保険者）が作成したものである。 ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。 |
|-----|--------------------------|---|

| | | |
|----------|------|--|
| 本件問合せ連絡先 | 担当者名 | |
| | TEL | |

(必ず記入してください)

| | |
|--------------------|--|
| 他に連絡事項があれば記入してください | |
|--------------------|--|

1. 記入は、消すことのできない筆記用具を使用してください。
 2. この欄の訂正は二重線で抹消し、訂正印を押印してください。（修正液・修正テープ等での訂正は認められません。）
 3. 記入方法および添付書類等については、「記入の手引き」を確認してください。

| | | | | | | | | | |
|---------------------|-----|--|-------|--|--|---|--|--|----------|
| ④ 患者氏名 | | ⑤ 生年月日 | | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 | | 年 月 日 | | | |
| ⑥ 傷病名 | (1) | 初診日 | | <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 | | 年 月 日 | | | |
| | (2) | | | <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 | | 年 月 日 | | | |
| | (3) | | | (療養の給付開始年月日) | | <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 | | 年 月 日 | |
| ⑦ 発病または負傷の年月日 | | <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 | | 年 月 日 | | ⑧ 発病または負傷の原因 | | | |
| ⑨ 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 | | | | | |
| ⑩ ⑨ のうち入院期間 | | 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで | | 日間 | | | | | |
| ⑪ ⑨ の期間中の診療実日数 | | 日 | ⑫ ⑬ ⑭ | ⑮ 療養費用別 | | <input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 公費 () | | | |
| ⑯ 傷病の主症状および傷病の経過概要 | | 手術名 | | | | | | 手術年月日 | 令和 年 月 日 |
| ⑰ 人工臓器の装着等について | | | | | | | | <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工関節 <input type="checkbox"/> 人工骨頭 <input type="checkbox"/> 人工膀胱 <input type="checkbox"/> 人工弁 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー <input type="checkbox"/> その他 () | |
| 上記のとおり相違ないことを証明します。 | | | | | | | | | |
| 令和 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 医療機関所在地 | | | | | | | | | |
| 医療機関名 | | | | | | | | | |
| 医師の氏名 | | | | | | | | | |
| 電話番号 | | | | | | | | | |