

「傷病手当金請求書」 記入の手引き <被保険者用>

(下記の丸文字は請求書の丸文字と照合してください。)

- ① 事業主へ提出する日を必ず記入ください。
- ② 保険証に記載されています。ただし、請求期間が資格喪失後で任意継続被保険者にならない場合は、在職時の記号・番号をご記入ください。
- ③ 保険証に記載されています。ただし、請求期間が資格喪失後で任意継続被保険者にならない場合は、在職時の会社名をご記入ください。
- ⑨ 不明確の場合は「不明」をご記入ください。
- ⑩ 外傷の場合：どこで何をしていた時等、具体的にご記入ください。病気の場合：判明してる範囲で記入し、不明確の場合は「不詳」とご記入ください。
- ⑪ 交通事故等、第三者の行為により怪我をした場合には「はい」にチェック (✓) をつけてください。この場合、速やかに健保組合へその旨連絡してください。
- ⑫ 「はい」の場合は、労災保険適用になる場合があります。傷病手当金受給後に労災保険が認定されますと、それまで支給した傷病手当金は返金いただく事になります。
- ⑬ 療養のため労務に服することができなくなった期間とその日数を（公休日を含む）ご記入ください。
- ⑭ 「はい」または「請求中」の場合は、下記〔添付書類〕に記載しています書類を提出してください。
- ⑮ 給付金は給料に含めて事業所（会社）より支給されるため、被保険者が在籍している場合は、ご記入ください。退職予定の場合は、事業所（会社）担当者へ委任状が必要かどうか確認をお願いします。
- ⑯ 老齢年金等の公的年金を受給していますかで、「はい」または「請求中」の場合は、下記〔添付書類〕に記載しています書類を提出してください。
- ⑰ 退職者または⑮の委任状が不要の方は、振込希望先（被保険者名義）をご記入ください。
(注) 被保険者が死亡した場合は、相続人の振込先をご記入ください。相続人が当組合の被扶養者でない場合は、被保険者との続柄が確認できる書類を提出してください。（例えば「戸籍謄本」等）
- ⑱ 必ずご記入ください。

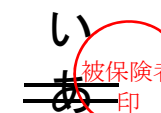
【被保険者添付書類】

※いずれの場合も写し（コピー）をお願いします。

該当する項目	添付書類	
⑭	「はい」の場合	・厚生年金保険障害年金証書または障害手当金決定通知書 ・給付額と支給開始年月日を証明する書類 ・直近の額を証明する書類（例えば、「年金振込通知書」）
	「請求中」の場合	・ 手続完了後、上記「はい」の場合と同じ書類
(注) 上記⑭の年金額に変更があった場合は、「年金額改定通知書」を提出ください。		
⑯-1	「はい」の場合	・ 厚生年金保険証書 ・ 直近の額を証明する書類（例えば、「年金額改定通知書」）
	「請求中」の場合	・ 手続完了後、上記「はい」の場合と同じ書類
(注) 上記⑯-1の年金額に変更があった場合は、「年金額改定通知書」を提出ください。		
⑯-2	雇用保険失業給付について	退職後に傷病手当金を引き続き請求する場合は、雇用保険受給期間延長手続きを行い、「受給期間延長通知書」を提出してください。

□には該当する方に☑を付してください。

字句の訂正方法



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、A4片面でお願いします。

3. 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。訂正印を押印してください。訂正液・修正テープ等での訂正は認められません。(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 ① 令和 年 月 日

② 被保険者証 ② 記号 番号 ③ 事業所名 (会社名) ③

④ 被保険者名 (フリガナ)

⑤ 生年月日 昭和 年 月 日 (歳) 平成

⑥ 現住所 (〒 -) 電話() -

⑦ 傷病名 ⑧ 発病または負傷年月日 平成 年 月 日 令和

⑨ 発病または負傷の原因 ⑩ 記入例：自宅の廊下で滑って転倒

⑪ 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

⑫ 障害厚生年金または障害手当金を受給していますか いいえ はい 請求中

⑬ 被保険者が在籍の場合 委任状 被保険者氏名

⑭ 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

⑮ 振込希望先

⑯ 照会等の同意

⑰ 必ず記入ください

健康保険組合より問合せする場合は連絡先を記入してください。
TEL 職場 自宅 携帯

本人(被保険者) 令和 **年 **月 **日 交付
健康保険被保険者証 記号 *** 番号 **** * (被印) OO
氏名 *** ** 性別 男
生年月日 昭和 **年 **月 **日
資格取得年月日 平成 **年 **月 **日
*** ** 株式会社
被保険者所在地 大阪市此花区西九条5丁目3番28号 TEL.06-6468-0597
被保険者番号・名称 O6271936 日立造船健康保険組合

「傷病手当金請求書」 記入の手引き <事業主用>

(下記の丸文字は請求書の丸文字と照合してください。)

- ① 勤怠簿に基づいて正しくご記入ください。
- ② ①の期間中で有給休暇(半休含む)した日があれば、その日付をおよび取得実日数をご記入ください。
- ③ ①の期間中で出勤(リハビリ勤務含む)した日があれば、その日付をおよび出勤実日数をご記入ください。
- ④ ①の期間中の欠勤した日に対して支払われている(これから支払われる)給与や諸手当があればご記入ください。

◇事業主による確認欄について

必ずチェックをお願いします。

- ・本件問合せ連絡先の記入をお願いします。
- ・太枠以外の内容で、連絡事項等ありましたらご記入ください。

【事業主添付書類】

※いずれの場合も写し(コピー)をお願いします。

項目	添付書類
1回目の請求	①の期間中に対する勤怠簿(写)を添付してください。
2回目以降の請求	①の期間中に、有給取得・出勤および請求期間が継続していない場合も、勤怠簿(写)を添付してください。

□には該当する方に☑を付してください。

傷病手当金請求書 <事業主記入用> 2枚目

3. 2. 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。記入方法は、この太枠欄の訂正は二重線で抹消し、「記入の手引き」を確認してください。(修正液・修正テープ等での訂正は認められません。)
 ① 被保険者証
 ② 労務に服さなかった期間
 ③ ①の期間中で有給を取得した日(半日取得含む)
 ④ ①の期間中で出勤した日(リハビリ勤務含む)
 ⑤ ①の期間中に係る報酬状況

記号	番号	被保険者氏名
①	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間
①の期間中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
記入例: 11/3、6、15		3 日
①の期間中で出勤した日(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
記入例: 11/29		1 日
①の期間中に係る報酬状況		
報酬内容	1か月分	出勤日数分
賃金支給額	11 月分	9,000 円
通勤手当	<input checked="" type="checkbox"/>	12,000 円
食事手当	<input checked="" type="checkbox"/>	200 円
	<input type="checkbox"/>	円
	<input type="checkbox"/>	円
	<input type="checkbox"/>	円
計		21,200 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。

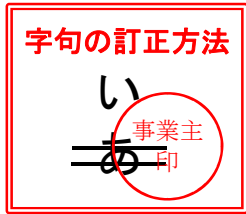
事業主による確認欄 (必ずチェックをしてください)

確認欄 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 _____ (必ず記入してください)
 TEL _____

他に連絡事項があれば記入してください

賃金支給額は、欠勤日の11/10、11/20に対して一時帰休実施(1日当の6割相当支給)



この欄の字句の訂正は担当者印で可能です。

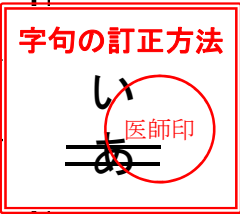
「傷病手当金請求書」 記入の手引き <医師（療養担当者）用>

(下記の丸文字は請求書の丸文字と照合してください。)

- ㉔ 複数の傷病名がある場合は、(1)から主たる病名を順次ご記入ください。
また、その傷病の初診の日をご記入ください。
- ㉕ 治療期間ではなく、療養のため就労できなかったと認められる期間とその日数をご記入ください。
- ㉖ 病状および経過、労務不能と認められて医学的な所見を詳しくご記入ください。

□には該当する方に☑を付してください。

傷病手当金請求書 <医師（療養担当者）記入用> 3 枚目										
3. 記入方法は、消すことのできない筆記用具を使用してください。「記入の手引き」を確認してください。（修正液・修正テープ等での訂正は認められません。） 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。 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。	① 患者氏名				⑤ 生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日				
	③ 傷病名	(1)				初診日	<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日			
		(2)					<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日			
		(3)					(療養の給付開始年月日)	<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日		
	④ 発病または負傷の年月日	<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日			⑥ 発病または負傷の原因					
⑦ 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									
⑧ のうち入院期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間									
⑨ の期間中の診療実日数	日	① 転場	<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 繰越 <input type="checkbox"/> 転医	② 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()					
⑩ 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				
⑪ 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 ()									
					装着年月日	令和 年 月 日				
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 医療機関 医師の 電話番号										



㉕欄の期間より前の日付での証明は受付できません。
 例：㉕の期間が、令和3年10月1日から令和3年10月31日までの場合
 証明年月日は、令和3年10月31日の同日かそれ以降の日付