

健康保険傷病手当金請求書（第 回）

◎ 傷病手当金は支給決定するにあたり、関係機関等（ご本人様を含みます）に調査・照会等を行いますので、支給決定に日数を要することがあります。ご了承ください。

被保険者（請求者）が記入するところ

請求者又は受取代理人が記入するところ

① 被保険者等記号・番号		② 被保険者の生年月日				③ 記号番号がわからない場合は、下記備考欄へマイナンバーを記入してください			
記号	番号	昭 平 令	年	月	日	備考欄			
④ 被保険者(請求者)の氏名					⑤ 事業所の名称			⑥ 法人の役員ですか	
(フリガナ)								いいえ ・ はい	
					⑦ 被保険者の業務の種類(すでに退職している場合は退職前の業務の種類)				
(相続人からの請求の場合は被保険者の氏名：)					(詳しく)				
⑧ 被保険者(請求者)の住所・日中連絡がとれる電話番号									
(フリガナ)									
〒									
電話番号 ()									
⑨ 請求期間 (病気又はケガのため休んだ期間)									
令和 年 月 日 から					ただし(具体的な日付を記入してください)				
日間									
令和 年 月 日 まで					は出勤のため除く 有給休暇				
⑩ 請求の原因となった傷病名			⑪ 負傷(ケガ)は第三者の行為によるものですか			⑫ 負傷(ケガ)の原因・状況			
ケガ⇒			はい [別途「負傷届：第三者行為用」を提出してください]			(いつ)			
・			いいえ(右欄に記入してください)⇒			年 月 日 () 時 分頃			
病気⇒			⑬ 発病の原因			⑭ 発病年月日			
						ア.私用中 イ.仕事中 ウ.通勤途中 エ.その他()			
						(何をしていた、どのように負傷したか)			
⑮ 介護保険法のサービスを受けていますか		保険者番号		被保険者番号		保険者名称			
いいえ ・ はい ⇒									
⑯ 障害厚生年金等又は障害手当金を受けていますか		はい ⇒ 請求中 ⇒ いいえ ↓		⑰ ⑩欄で「はい」又は「請求中」と答えた方		障害厚生年金等又は障害手当金の原因となった傷病名			
受給要件を満たしている方は、受給の手続きをしてください。				「請求中の方は、基礎年金番号のみ記入」		基礎年金番号			
						年金コード			
						支給開始年月日			
						年金額			
						昭和・平成・令和 年 月 日 円			
資格喪失者の方									
⑱ 老齢又は退職を理由とする公的年金を受けていますか		はい ⇒ 請求中 ⇒ いいえ ↓		⑲ ⑩欄で「はい」又は「請求中」と答えた方		基礎年金番号			
受給要件を満たしている方は、受給の手続きをしてください。				「請求中の方は、基礎年金番号のみ記入」		年金コード			
						支給開始年月日			
						年金額			
						昭和・平成・令和 年 月 日 円			
退職後、傷病手当金を受給される方が老齢厚生年金等を受けられる場合、傷病手当金は支給調整されます									

振込先	⑳ 銀行	本店	㉑ 口座番号	(カタカナでご記入ください)					
	金庫	支店		口座名義人の氏名					
	㉒ 預金種別	普通	その他 ()						

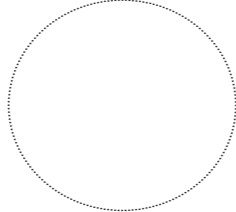
↑ 被保険者(請求者)名義のもの(受領委任をする場合は代理人名義のもの)を記入してください。

受取代理人の欄	㉔ 被保険者(請求者)の住所・氏名			㉕ 代理人の氏名			㉖ 被保険者(請求者)との関係		
	本請求に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。								
	被保険者(請求者) 令和 年 月 日			㉗ 代理人の住所・電話番号					
	住所 氏名			〒			電話 ()		

↑ この欄は給付金の受取りを代理人に委任する場合のみ、記入してください。

受付年月日

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	
-------------------	--



◎うらの記載例を参照してください。

㉘ ⑨の期間のうち労務に服さなかった期間		㉙ 職場復帰しましたか		㉚ ⑨の期間に報酬を支給しましたか				
令和 年 月 日から	日間	ただし(具体的な日付を記入してください)	ア.欠勤中(証明日現在)	イ.全部支給した	エ.一部支給する			
令和 年 月 日まで	は出勤のため除く	は有給休暇	イ. 月 日から出勤	ウ.一部支給した	オ.支給しない			
㉛ 報酬の支給形態		㉜ 報酬の締切日・支給日		㉝ 欠勤した場合の報酬の支給方法(控除計算方法)				
ア.月給制 イ.日給月給制		(締切日) (支給日)		・基本給は ア.控除しない イ.控除する(欠勤1日につき)				
ウ.日給制 エ.時間給制				・諸手当は ア.控除しない イ.控除する(欠勤1日につき)				
オ.その他 ()		日締め 日支給		・その他 ()				
㉞ ㉘の期間中を含む月分(締切)ごとの実際の支給額等(今後支給予定のものを含む)について記入してください。(支給額の上段は、支給対象期間を記入)								
		基本給	家族手当	役付手当	通勤手当	手当	手当	手当
欠勤しなかった場合の1カ月の報酬支給額		円	円	円	円	円	円	円
事業主が証明する欄	実際の報酬支給額	月分	年 月 日から	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /
		月分	年 月 日まで	円	円	円	円	円
		月分	年 月 日から	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /
月分	年 月 日まで	円	円	円	円	円	円	
月分	年 月 日から	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	
月分	年 月 日まで	円	円	円	円	円	円	
㉟ うえのとおり相違ありません。								
令和 年 月 日		事業所の所在地						
		事業所の名称						
		事業主氏名						
		電話 ()						

㊳ ⑨の期間のうち労務不能と認めた期間		㊴ 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)		㊵ 発病又は負傷の年月日		㊶ 発病又は負傷の原因		㊷ 診療開始年月日	
令和 年 月 日から	日間	1		平成 年 月 日				平成 年 月 日	
令和 年 月 日まで		2		令和 年 月 日				平成 年 月 日	
㊸ 診療実日数		㊹ 転帰		3 疾病以上のとき		平成 年 月 日		令和 年 月 日	
		ア.継続 イ.転医		令和 年 月 日		令和 年 月 日		令和 年 月 日	
		ウ.治癒(月 日)							
㊺ ㉘の期間のうち入院した期間				㊻ ㉘で労務不能と認めた期間について、詳しく記入してください。					
令和 年 月 日から	日間	「主たる症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」「労務不能と認められた医学的な所見」等(詳しく)							
令和 年 月 日まで									
㊼ ㉘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									
㊽ 人工透析を実施したときに記入する欄		人工透析実施							
平成 年 月 日	人工透析実施								
令和 年 月 日	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 日から就労見込み イ. 現時点では不明)							
㊾ うえのとおり相違ありません。						医療機関の所在地			
令和 年 月 日		医療機関の名称				医師の氏名			
						電話 ()			

医師が意見を書くところ

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、鉛筆を使用しないでください。
- 記入もれのないよう注意してください。
- 支給決定に際し、別途、必要書類等の提出を求める場合があります。

《被保険者(請求者)が記入するところ》

- ①欄 あなたの被保険者等の記号番号を記入してください。
- ④欄 被保険者(請求者)が自ら署名してください。ただし被保険者(請求者)以外の者が署名する場合は、押印が必要です。

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欄には相続人の氏名を記入し、()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、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。
- 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、退職の直前の仕事内容を記入してください。
- ⑧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。
- ⑨欄 通算日数は間違いのないようによく確かめて記入してください。
- ⑩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。
- ⑪欄 ⑩欄に記入した傷病名がケガのときは、いずれか該当する方を○で囲んでください。「はい」を○で囲んだときは、別途「負傷届」等を添付してください。「いいえ」を○で囲んだときは、⑫欄にケガの原因・状況を記入してください。(⑫欄に記入した場合でも、内容によっては別途「負傷届」の提出を求めることがあります。)
- ⑬欄 ⑩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。
- ⑮欄 「はい」を○で囲んだときは、介護保険の被保険者証に記載されている事項について記入してください。
- ⑰欄 障害厚生年金を受けているときは、受給の原因となった傷病名・基礎年金番号及び年金証書の年金コード等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、受給の原因となった傷病名・基礎年金番号等を記入し、「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。
- ⑲欄 老齢年金等を受けている方は基礎年金番号及び年金証書の年金コード等を記入してください。また、年金額が確認できる直近の「年金証書の写」又は「改定通知書の写」を添付してください。

《請求者又は受取代理人が記入するところ》

- 銀行等の預金口座に振込を希望するときは、⑳㉑㉒㉓欄に希望の銀行等の名称、店名、預金口座番号、口座名義人の氏名を記入してください。ただし、被保険者(請求者)名義のものに限ります。(受領委任をするときは受取代理人名義のものを記入してください。)

《受取代理人の欄》

- この給付金の受取りを代理人に委任する場合は、「受取代理人の欄」に被保険者(請求者)及び受取代理人それぞれが氏名、住所等を記入してください。

《医師が意見をかくところ》

- 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(翻訳者の氏名、住所等を記載したもの)を添付してください。

《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)

⑳ 令和 3 年 6 月 11 日から 35 日間		㉑ ⑨の期間のうち労務に服さなかった期間 ただし(具体的な日付を記入してください) 6/11, 12, 13			㉒ 職場復帰しましたか ア. 欠勤中(証明日現在) ㉑. 7月16日から出勤 ウ. 月 日付で退職		㉓ ㉒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 ㉑. 一部支給した エ. 一部支給する オ. 支給しない								
㉔ 報酬の支給形態 ア. 月給制 ㉑. 日給月給制 ウ. 日給制 エ. 時間給制 オ. その他()		㉕ 報酬の締切日・支給日 (締切日) 20 (支給日) 25 日締め 日支給		㉖ 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 ㉑. 控除する(欠勤1日につき 月額1/25控除する) ・諸手当は ㉑. 控除しない イ. 控除する(欠勤1日につき) ・その他(諸手当は1カ月のうち出勤が0のときは支給しない)											
㉗ ㉒の期間中を含む月分(締切) ごとの実際の支給額等(今後支給予定のものを含む)について記入してください。(支給額の上段は、支給対象期間を記入)															
		基本給		家族手当		役付手当		通勤手当		住 宅 手 当		手 当		手 当	
欠勤しなかった場合の1カ月の報酬支給額		200,000 円		10,000 円		20,000 円		6ヵ月分合計 12,000 円		10,000 円					
事業主が証明する欄	6 月分	3年 5月21日から	5/21 ~ 6/13	5/21 ~ 6/20	5/21 ~ 6/20	4/1 ~ 9/30	5/21 ~ 6/20	/ ~ /	/ ~ /						
		3年 6月20日まで	152,000 円	10,000 円	20,000 円	12,000 円	10,000 円								
		7/16 ~ 7/20	7/16 ~ 7/20	6/21 ~ 7/20	6/21 ~ 7/20	4/1 ~ 9/30	6/21 ~ 7/20	/ ~ /	/ ~ /						
7 月分	3年 6月21日から	(同上)													
	3年 7月20日まで	56,000 円	10,000 円	20,000 円	12,000 円	10,000 円									
月分	年 月 日から														
	年 月 日まで														
㉘ うえのとおり相違ありません。 令和 3 年 7 月 25 日 事業所の所在地 大阪市中央区×町×番×号 事業所の名称 ○○株式会社 事業主氏名 代表取締役 □□一郎 電話 06 (△△△△) △△△△															

- ㉒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。
- ㉓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)
- ㉔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カ月の報酬支給額」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、通勤手当の欄に月分・支給額を記入してください。(記載例参照)
 - 「実際の報酬支給額」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。
 - 請求期間よりも以前にまとめて数か月分支給される通勤手当等があり、その対象期間が請求期間に被っている場合は、支給の有無や金額等、くわしく記入してください。
 - 「 / ~ / 」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)
- ㉗欄 記載内容について、事業主の証明を行ってください。

この請求書には、事業主証明欄並びに医師意見欄がありますが、これらの欄は給付金の請求事務を円滑に行うために設けられているものです。しかしながら、健康保険法施行規則における事業主証明書並びに医師意見書の取扱いについては、被保険者等が請求する場合は請求書に添付したうえ、健保組合に提出することとされています。つきましては、施行規則による方法で請求される場合は、被保険者記入欄についてのみ記入した請求書に、事業主証明書、医師意見書をそれぞれ添付のうえ提出していただいで結構です。

※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。

同意書

私は、疾病に罹患し就労できなくなったものとして、健康保険組合に傷病手当金の請求をいたしました。その支給決定にあたり近畿化粧品健康保険組合が必要と認めた範囲において、関係機関及び関係者に照会、資料収集及び調査を実施することに異議なく同意いたします。

※ なお、本書の写しも有効といたします。

令和 年 月 日

近畿化粧品健康保険組合理事長 様

被保険者 記号 _____ 番号 _____

事業所名 _____

本人住所 _____

氏 名 _____

被保険者(請求者)が自ら署名してください。

ただし被保険者(請求者)以外の者が署名する場合は、押印が必要です