

健康保険 傷病手当金（付加金）請求書

① (第 回)

記入例・記入方法の説明

マイナポータル、資格情報のお知らせ等を確認してください。

けるときは

忘れずに！

|                                                                             |                                                                                                                           |                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                          |                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| 被保険者情報                                                                      | 届出年月日                                                                                                                     | 令和 XX 年 XX 月 XX 日 提出                                                                                                                |                                                                                                                                                                          |                                                     |
|                                                                             | ② 被保険者<br>記号・番号                                                                                                           | 記号<br>X X                                                                                                                           | 番号(従業員番号)<br>X X X X X X X                                                                                                                                               | ③ (フリガナ)<br>氏 名<br>ケンコウ ダイイチ<br>兼高 大偉智              |
|                                                                             | ④ 事業所名称                                                                                                                   | (株)ゼネラル                                                                                                                             |                                                                                                                                                                          | ⑤ 生年月日<br>昭和<br>平成 XX 年 XX 月 XX 日<br>令和             |
|                                                                             | ⑥ 住所及び<br>電話番号                                                                                                            | 〒 XXX-XXXX<br>神奈川県川崎市〇〇区△△9-9 □□マンション987                                                                                            |                                                                                                                                                                          | 電話 XXX-XXXX-XXXX                                    |
|                                                                             | ⑦ 傷病名                                                                                                                     | 〇△□病                                                                                                                                |                                                                                                                                                                          | ⑧ 発症または<br>負傷年月日<br>昭和<br>平成 XX 年 XX 月 XX 日<br>令和 頃 |
|                                                                             | ⑨ 傷病の原因                                                                                                                   | 私傷病 第三者行為 交通事故 労災 *労災の場合は→ 休業補償給付受給中 労災請求中                                                                                          |                                                                                                                                                                          |                                                     |
|                                                                             | ⑩ 発症の状態<br>または負傷の<br>原因を詳しく                                                                                               | 令和XX年XX月頃から〇〇〇〇〇のような自覚症状があり、病院へ行ったところ〇△□病と診断され、XX年XX月XX日に手術を受けた。医師の指導により現在自宅療養中。                                                    |                                                                                                                                                                          |                                                     |
|                                                                             | ⑪ 療養のために<br>休んだ期間<br>(請求する期間)                                                                                             | 令和 XX 年 XX 月 XX 日 から 令和 XX 年 XX 月 XX 日 まで XX 日間                                                                                     |                                                                                                                                                                          |                                                     |
|                                                                             | ⑫ ⑪の期間に報酬を受けましたか、または今後受けられますか<br>(出勤、有休、積立休暇等がありましたか)                                                                     | 受けた 受けられる 受けない 受けれない                                                                                                                |                                                                                                                                                                          |                                                     |
|                                                                             | 傷病の状況                                                                                                                     | ⑬ 障害厚生年金又は<br>障害手当金を<br>受給していますか                                                                                                    | 未受給 請求中 受給中 *受給中の場合は→ 障害厚生年金 障害手当金 ※<br>受給中または申請中の場合、<br>受給の要因となる(なった)傷病名<br>受給中又は<br>申請中の場合の<br>基礎年金番号<br>支給開始年月日 ※受給中のみ記入<br>昭和<br>平成 年 月 日<br>令和 円<br>受給額(年額)※受給中のみ記入 |                                                     |
| ⑭ 老 齢 又 は<br>退職を事由とする<br>公的年金を<br>受給していますか<br>(退職者のみ)                       |                                                                                                                           | 未受給 請求中 受給中 ※ 受給中の場合は証書の写しを添付してください。<br>受給中又は<br>申請中の場合の<br>基礎年金番号<br>支給開始年月日 ※受給中のみ記入<br>昭和<br>平成 年 月 日<br>令和 円<br>受給額(年額)※受給中のみ記入 |                                                                                                                                                                          |                                                     |
| ⑮ 委任状<br>【被保険者が<br>受領する場合】<br>(給与口座へ振込)                                     |                                                                                                                           | 私は事業主を代理人と定め、傷病手当金および付加金の受領方を委任します。<br>被保険者氏名 兼高 大偉智                                                                                |                                                                                                                                                                          |                                                     |
| ⑯ 被保険者以外が<br>代理で請求<br>する代理<br>振込先<br>【被保険者<br>請求する場合】<br>(⑮の代理人の<br>金融機関口座) |                                                                                                                           | (フリガナ) 住 宅 番号 右欄に店番号                                                                                                                |                                                                                                                                                                          |                                                     |
| その他の確認事項                                                                    | この欄は、被保険者以外が傷病手当金を代理で請求・受領する場合に記入する欄です。<br>被保険者が請求・受領する場合は、事業主（会社）を経由して給与口座へ支給しますので、⑮<br>の「委任状」欄へ記入してください。この欄（⑯⑰）は記入不要です。 |                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                          |                                                     |
|                                                                             | ⑰ 振込先<br>【被保険者<br>請求する場合】<br>(⑮の代理人の<br>金融機関口座)                                                                           |                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                          |                                                     |

|               |                           |                           |          |        |
|---------------|---------------------------|---------------------------|----------|--------|
| 健保<br>使用<br>欄 | 支給額                       | 千 円                       | 給付内訳     | 法定給付 円 |
|               | 支給日                       | 令和 年 月 日                  | 付加給付 円   |        |
|               | 支給期間                      | 法定 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 日間 | 調整減額 円   |        |
|               | 付加 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 日間 |                           |          |        |
| 給付額決定         | 昭和 年 月 日 前 始 令和 年 月 日     | 事業主提出日                    | 令和 年 月 日 |        |

被保険者情報欄に被保険者の記号と番号を記入したときは、この欄は記入しないでください！

に限り記入してください。ただし、被保険者の個人番号であることを特定する書類の添付が必要です。

（バー）で届出を行なうとき

受付日付印

事業主の証明に関するお願い 第1回目の申請のときは、その期間の出勤簿等の写しと賃金台帳等の写しを添付してください。また、2回目以降であっても、その申請期間（月度）において一部でも報酬支払があるときや前回の申請期間と継続していないときも同様の書類を添付願います。

事業主が証明するところ

|                                                                |                                                                                     |                |
|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| ① 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                                                             | 日付             |
| ② 上の期間について、出勤は○、有休・積立休暇（報酬支払いのある休暇）は△、公休は公、欠勤は／で、それぞれ表示してください。 |                                                                                     | 出勤             |
| 令和 年 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 | 日              |
| 令和 年 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 | 日              |
| 令和 年 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 | 日              |
| 令和 年 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 | 日              |
| ③ 上の期間に対する報酬について内支給                                            | 区分                                                                                  | 給与の種類          |
|                                                                | 本給+職                                                                                | 日給             |
|                                                                | 日給または                                                                               | 日給月給           |
|                                                                | 手当（                                                                                 | 月俸             |
|                                                                | 手当（                                                                                 | その他            |
|                                                                | 計                                                                                   | （その他の場合は、具体的に） |
| 報酬の支払い・証明に関する補足事項等                                             |                                                                                     |                |
| 上のとおり相違ないことを証明します。                                             |                                                                                     |                |
| 令和 年 月 日                                                       |                                                                                     |                |
| 事業所の 所在地                                                       |                                                                                     |                |
| 事業所の 名称                                                        |                                                                                     |                |
| 事業主の 氏 名                                                       |                                                                                     |                |
| 電話                                                             |                                                                                     |                |

療養担当者が意見を記入するところ

|                                                                                        |                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| ④ 患者氏名                                                                                 | ⑤ 傷病名                    |
| ⑥ 発病又は負傷の年月日                                                                           | ⑦ 療養の給付開始年月日（貴院における初診日）  |
| 昭和 年 月 日 ⑧ 当 日 ⑨ 発 症                                                                   | 昭和 年 月 日                 |
| 平成 年 月 日 ⑩ 頃 ⑪ 負 傷                                                                     | 平成 年 月 日                 |
| 令和 年 月 日                                                                               | 令和 年 月 日                 |
| ⑫ 労務不能と認めた期間                                                                           | ⑬ 左⑥における入院期間             |
| 令和 年 月 日                                                                               | 令和 年 月 日                 |
| 令和 年 月 日                                                                               | 令和 年 月 日                 |
| ⑭ 上の療                                                                                  |                          |
| ⑮ 傷病の主症状・経過概要等                                                                         |                          |
| この欄は、担当の医師から記入・押印を受けてください。                                                             |                          |
| 傷病手当金の請求期間について、担当の医師が「主たる症状とその経過」「治療内容や検査結果、療養指導」から「働ける状態ではなかった（休養を要する）」事実を証明する欄です。    |                          |
| 請求書を提出する都度、担当医に記入・押印を受けてください。                                                          |                          |
| なお、「診断書」は、「〇ヵ月程度の休養を要する見込みである。」といった予測・見込みで記入されるため、就労不能の事実の証明とは認められないことから原則として代用はできません。 |                          |
| ⑯ 人工透析を実施又は人工臓器を装着したとき                                                                 | ⑰ 装 着 日                  |
| 昭和 年 月 日                                                                               | 平成 年 月 日                 |
| 令和 年 月 日                                                                               | 令和 年 月 日                 |
| ⑱ 種類                                                                                   | 人工肛門 人工関節 人工骨頭 心臓ペースメーカー |
|                                                                                        | 人工透析 その他（                |
| 上のとおり相違ないことを証明します。                                                                     |                          |
| 令和 年 月 日                                                                               |                          |
| 医療施設の 所在地                                                                              |                          |
| 医療施設の 名称                                                                               |                          |
| 医 師 の 氏 名                                                                              |                          |
| ⑲ 電話                                                                                   |                          |

## 傷病手当金請求書の作成に関する補足説明

### 書類の提出と手当金の支給について

傷病手当金は、病気やけが（労災に該当する場合や交通事故等の第三者の行為によるものを除く。）の療養のために労務に服することができず、事業主（会社）から報酬（有給休暇や積立休暇などの賃金支払いを伴う休暇は報酬の扱い）が受けられない日に対して、生活保障を目的として支給される給付金です。

請求の有効期限（時効）は事象発生から2年ですが、制度の性質上、なるべく1ヵ月単位での請求をお願いしています。また、速やかな処理を行うためにも以下をご確認いただき、ご理解・ご協力をお願いいたします。

- ◆ 請求書は、できる限り1ヵ月単位（例：21日～翌月20日の月度締め）で作成し、請求（提出）してください。（※第1回目および最後の請求時を除きます。）
- ◆ 支給日は、内容に不備がなければ毎月末日までに健康保険組合へ申請のあった分を、翌月の給与支給日に給与口座へお振込みします。任意継続被保険者や被保険者以外の方が代理で申請・受領される場合は、申請書受付月の翌月25日（休日のときはゼネラル給与支給日）に指定の口座へお振込みいたします。

### 記入上の注意事項（補足説明）

請求書の各項目の番号、記入例を確認してください。

- ◆ ①は、⑦に記載の傷病に対して何回目の請求であるかを記入してください。
- ◆ ②は、マイナポータルや資格情報のお知らせ等を確認してください。
- ◆ ⑨は、該当する原因を○で囲んでください。また、原因が「第三者行為」「交通事故」のときは、別に『第三者の行為による傷病届』等の提出をお願いすることがあります。なお、労災に該当するときは、傷病手当金は支給されません。
- ◆ ⑩は、「いつ、どこで、何を、どうしているうちに、何が、どのようになって、どこを、どうした。」というように、詳しく記入してください。
- ◆ ⑪は、第1回目の請求のときは、傷病のために労務に服さなくなった最初の日から本請求書を作成するのに適当な区切り（X月20日）で記入してください。第2回目以降は、前回の請求期間に続けてなるべく1ヵ月単位（21日～翌月20日）で記入してください。なお、最終（復職日まで）の申請時は、復職日の前日までの期間をまとめて請求いただいてもかまいません。また、請求が前回の申請期間と継続していない場合は、健康保険組合にお問い合わせください。
- ◆ ⑫は、⑪に記入した請求期間について、出勤や有給休暇、積立休暇などの報酬が発生する日があるときは「受けた」「受けられる」、報酬の発生する日がない（病気欠勤等）の場合は「受けられない」に○をしてください。
- ◆ ⑬⑭は、それぞれの年金について「未受給」なのか、「請求中」「受給中」なのかを○で囲んでください。受給中の場合は該当する年金の証書（写）を添付してください。
- ◆ ⑮は、被保険者自身が手当金を受け取る場合（給与口座へ支給）は氏名の記入をしてください。原則として、在職中で当健康保険組合に加入中である場合は、この欄に記入してください。（任意継続被保険者を除き、退職後に手当金を請求する場合は、⑰へ金融機関情報を記入してください。）
- ◆ ⑯⑰は、被保険者の給与口座へ支給できない状態や、被保険者以外が代理で請求・受領する場合、その代理人となられる方の情報を記入する欄です。

### 記入上の注意事項／請求書2枚目の各種証明欄について

本請求書は、2枚組になっています。1枚目（被保険者が記入するところ）の請求内容に対して、2枚目に担当の医師と事業主（会社）から、それぞれ労務不能であった事実（状態）、報酬支払いの有無について証明を受ける必要がありますので、必ず2枚揃えて提出してください。

- ◆ 1枚目を被保険者（請求者）が記入した後、その請求期間について担当の医師、事業主の順で証明を受けてください。
- ◆ 担当医の証明欄は、請求期間中の「主たる症状とその経過」および「その結果、従来の職種に就労不能であった事実」を記入していただく欄です。請求の都度、必ず証明を受けてください。「今後、1か月程度の休養を要する見込み」等、見込みの内容を記載した「診断書」の添付は、原則として認めません。医療施設が変わった場合は、各医療期間ごとに療養を担当した期間について請求書を作成し、それぞれ証明を受けてください。
- ◆ 本届出用紙はそれぞれの人事（管理）部門へ提出してください。事業主が証明欄に記入した後、事業主から健康保険組合へ提出されます。なお、任意継続被保険者の場合は、直接健康保険組合へ提出してください。