

傷病手当金請求書

第 回 目

健康保険

① 被保険者証の記号・番号		② 生年月日		③ 勤務先(配属先)事業所(部署)・業務内容	
記号	番号	5 : 昭	年	月	日
1 0 0		7 : 平			
④ 被保険者(請求者)の氏名と印		フカナ		(7) 事業所・部署名称	
⑤ 被保険者(請求者)の住所		フカナ		(イ) 所在地	
⑥ 傷病名		(1)		(ウ) 業務の内容(具体的に)	
		(2)			
		(3)			
⑦ (療養開始日) 発病又は負傷年月日		(1) 平成・令和 年 月 日		(電話番号)	
		(2) 平成・令和 年 月 日			
		(3) 平成・令和 年 月 日			
⑧ 発病の状態又は負傷の原因を詳しく				⑨ 第三者行為によるものですか	
				いいえ・はい	
⑩ 傷病又は負傷の療養をするため休んだ期間(請求期間)		平成・令和 年 月 日から		⑪ 労災保険から休業補償給付を受けている期間の請求ですか	
		平成・令和 年 月 日まで		いいえ・労災請求中・はい	
⑫ 上記の⑩に書いた期間の部分の報酬を受けましたか、又は受けられますか		受けた・受けない	⑬ 報酬の支払を受けた(受けられる)ときは、その報酬額と、その報酬支払の基礎となった(なる)期間		平成・令和 年 月 日から
		受けられる・受けられない			平成・令和 年 月 日まで
				の分として 円	
⑭ 介護保険法のサービスを受けたとき		保険者番号	被保険者番号	保険者名称	
⑮ 障害厚生(共済※)年金又は障害手当金(一時金※)を受給していますか		(イ) 障害厚生(共済※)年金又は障害手当金(一時金※)の受給の原因となった傷病名		(ウ) 基礎年金番号	
いいえ・請求中・はい					
被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	⑯ (カ) 老齢又は退職を事由とする公的年金を受給していますか		いいえ・請求中・はい		
	(キ) 年金コード又は記号番号もしくは番号		年 金 額		
			円		
			円		
			円		
	(ク) 年金の合計額		円		
	(ケ) 雇用保険法に定める基本手当(失業給付)を受給していますか		いいえ・請求中・はい		
(コ) 退職後に加入している医療保険はどちらですか		国保・当組合の任意継続・健康保険組合・協会けんぽ (被保険者・被扶養者)			
⑰ 同意書	私は、この傷病手当金の請求に関し、日本年金機構健康保険組合が医療機関(過去の傷病との関連により他の医療機関等に照会することを含む。)、年金保険者及び医療保険者並びに事業所(勤務していた事業所を含む。)に対して、療養内容、保険給付記録、年金情報、勤務状況等を照会することについて同意します。 令和 年 月 日 被保険者氏名				
⑱ 誓約書	私は、この傷病手当金の請求期間に、⑮または⑯による給付が、将来、受けられることにより返納額が発生した場合、日本年金機構健康保険組合にすみやかに報告のうえ、返納することをお約束いたします。 令和 年 月 日 被保険者氏名				
振込希望口座	預金種別	⑲ 1 : 普通	⑳ 銀行		本店
		2 : 当座	金庫		支店
	⑲ 口座番号	⑳ 口座名義		フカナ	

裏面の「傷病手当金の請求にあたって」を必ずお読みください。

事業主が証明する欄	② 労務に服さなかった期間		出勤は○で、有給は△で、公休は◇で、欠勤は／でそれぞれ表示してください。																												出勤	有給
	② 年 月 日から 年 月 日まで 日間	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	計	日	日																										
		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	計	日	日																										
		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	計	日	日																										
	(イ) 労務に服することができなかった期間に対する賃金の支給の有無 <input type="checkbox"/> 有り・ <input type="checkbox"/> 無し				(ス) 給与の種類 (○で囲んでください。)																											
	(ロ) 労務に服することができなかった期間を含む賃金支給状況を下欄に記入してください。				月給 時間給	日給 歩合給	日給 月給 その他																									
	② 支給した(する)賃金内訳	単価	月 日 ~ 月 日 分	月 日 ~ 月 日 分	月 日 ~ 月 日 分	○ 賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)について記入してください。																										
		基本給	支給額	支給額	支給額																											
		通勤手当																														
		住居手当																														
扶養手当																																
地域手当																																
計																																
③ 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 東京都杉並区高井戸西3-5-24																																
事業所名称 日本年金機構																																
事業主氏名 (印) 電話 03-5344-1100																																

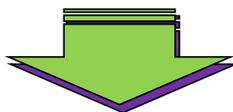
療養を担当した医師が意見を書く欄	② 傷病名	(1)	⑦ 療養の給付開始年月日(初診日)	(1) 平成・令和 年 月 日	
		(2)		(2) 平成・令和 年 月 日	
		(3)		(3) 平成・令和 年 月 日	
	③ 発病又は負傷の年月日	平成・令和 年 月 日	発病負傷	⑨ 発病又は負傷の原因	
	③ 労務不能と認められた期間	平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで	日間		
	③ 上記のうち入院期間	平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで	日間 入院	入院費用の別	健保・公費・自費・その他
				転帰	治療・繰越・中止・転医
	③ 診療実日数 ※診療日を○で囲んでください。	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	診療実日数	日
		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	診療実日数	日
		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	診療実日数	日
③ 傷病の主状態及び経過概要	○ 労務不能期間中における「主たる症状、関連疾病および経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等(詳しく)				
	○ 症状経過からみて従来の職種について労務不能と認められた医学的な所見(詳しく)				
③ 上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日					
医療機関の所在地 〒					
医療機関の名称					
医師の氏名 (印)					
電話番号 ()					

備考

○「傷病手当金請求書の提出にあたって」

必ず以下の1～12の確認をお願いします。記載漏れや誤りがあった場合、お支払いにお時間を要することがあります。

- 1 ①欄は、保険証番号を漏れなく記載してください。また、③欄(ウ)の業務内容は、普段行っている仕事を具体的に記入してください。(退職者は、在職中の保険証番号、仕事内容を記入してください。)
- 2 ⑧欄は、日時(いつ、何時頃)、場所(どこで)、何をしていた等具体的に記入してください。傷病の原因が負傷(ケガ)の場合は、初回申請時に限り、左の「負傷原因欄」も記入してください。
- 3 ⑨欄で傷病の原因が第三者行為によるものであるときは、別に「第三者による傷病届」を添付してください。(用紙は、機構LAN及び健康保険組合のHPに掲載されています。)
- 4 ⑩欄の傷病又は負傷の療養をするため休んだ期間(請求期間)は⑩欄の医師が労務不能と認めた期間と一致していますか。(⑩欄の(請求期間)は、待期間(土日、祝日等の公休日)を含んだ期間となります。)
- 5 ⑭欄の医師の証明日は、労務不能の期間の後となっていますか。(証明日は労務不能期間の後となります。)
- 6 医師の意見欄は詳細に記入されていますか。(審査にお時間を要することとなるため、なるべく詳しく記載いただくよう申し出てください。)
- 7 字句を訂正した場合は、誤った字句を抹消し、氏名欄に押印した印鑑で訂正印を押印してください。
- 8 ⑮欄または、⑯(カ)欄で「はい」に○をされた方は、年金証書(写)、年金額改定通知書(写)、支給額変更通知書等請求期間の年金額が確認できる書類を添付してください。(請求の都度、必要となります。)
- 9 ⑰の同意書欄及び⑱の誓約書欄に署名、押印はありますか。(署名が無い場合は、審査ができない場合があります。)
- 10 日本年金機構健康保険組合に加入される直前の状況報告記入欄について、裏面の左下欄に必要事項を記入してください。(加入期間が1年未満の方)
- 11 資格喪失者(退職者)の方は、⑯(カ)～(コ)欄の記入にもれがないように記入してください。
- 12 振込口座欄に記入漏れはありませんか。(ゆうちょ銀行を指定される場合、支店番号の記載漏れが多いです。)



請求者チェック



傷病手当金の請求の際は、出勤簿を添付して、日本年金機構労務管理部厚生グループに提出してください。なお、資格喪失後(退職後)の期間の請求先は、直接、健康保険組合になりますが、請求期間に在職期間が含まれる場合は、厚生グループに提出してください。